



di essere possessore di:  invalidità civile \_\_\_\_\_%

L. 104/92  con gravità

Allega alla presente:

- certificato attestante le condizioni di salute (invalidità, L. 104/92, altro...);
- ISEE e dichiarazione sostitutiva unica del nucleo familiare;
- copia di un documento d'identità valido;
- stato di famiglia;
- altro \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di accettare le condizioni che regolano l'erogazione del servizio, previste nel regolamento dei servizi sociali dell'Ambito n.33.
- di essere a conoscenza che il Regolamento prevede una compartecipazione mensile al costo del servizio come da tabella seguente:

<b>Situazione Economica (ISEE)</b>	<b>Contributo</b>
Fino a € 3.500,00 (Minimo vitale)	Gratuito
Da € 3.500,01 a € 6.000,00	€ 1,50 ad ora
Da 6.000,01 a € 7.500,00	€ 3,00 ad ora
Da € 7.500,01 a € 9.000,00	€ 5,00 ad ora
Oltre € 9.000,00	Intero Costo del Servizio

- di accettare una compartecipazione pari ad € \_\_\_\_\_ per ogni ora di servizio svolto.
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Di essere altresì a conoscenza di poter esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo già citato.

Nocciano, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_