

Allega alla presente istanza:

1) Certificato del medico curante attestante la non autosufficienza grave, eventualmente corredato dalla copia della scheda multidimensionale (SVAMA) di cui al decreto sanità 7 marzo 2005;

2) Indicatore Situazione Economica Equivalente (nuovo ISEE), in corso di validità rilasciato da organismo abilitato (CAF –INPS etc);

3) Fotocopia del documento di riconoscimento.

Il/la sottoscritto/a _____ è consapevole, altresì, che l'erogazione del buono sarà effettuata solo nei limiti dell'attribuzione delle risorse da parte del Ministero, anche qualora dovesse risultare in condizioni di ammissibilità.

Dichiara, inoltre, di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, e che quanto indicato sopra corrisponde a verità.

AUTORIZZA

I Comuni del Distretto (Paternò, Belpasso, Ragalna) al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento delle prestazioni di cui sopra ai sensi del Decreto Lgvo 196/2003 " codice in materia di protezione dei dati personali " e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'avviso pubblico. "

Paternò lì, _____

Firma
