

# **CONSORZIO DEI COMUNI DEL CASSINATE PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI**

Piazza Sturzo – 03030 Piedimonte San Germano- tel. e fax 0776404952 0776403203 – c.f. 90009320608

---

## **DOMANDA DI AMMISSIONE**

**presso la Casa Famiglia per adulti con disabilità "Avv. Beniamino Maselli" - Esperia (FR)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

in nome e per conto proprio/in qualità di tutore di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

**l'ammissione presso la Casa Famiglia per adulti con disabilità "Avv. Beniamino Maselli", sita in Esperia, Piazza Consalvo.**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

## **DICHIARA**

di aver preso visione del Regolamento che disciplina il funzionamento della Casa Famiglia "Avv. Beniamino Maselli";

[ ] di trovarsi nelle condizioni previste dal predetto Regolamento per l'ammissione alla Casa Famiglia "Avv. Beniamino Maselli";

[ ] di essere tutore di soggetto che si trova nelle condizioni previste dal predetto Regolamento per l'ammissione alla Casa Famiglia "Avv. Beniamino Maselli";

[ ] di essere a conoscenza che, in caso di ammissione, è tenuto a versare, con cadenza mensile, direttamente all'Ente, la quota di compartecipazione alla retta, quantificata secondo i criteri fissati dal Regolamento e nell'Avviso pubblico;

Data

Firma

\_\_\_\_\_

**Si allega:**

- documento di identità del richiedente;
- certificazione attestante la situazione di handicap grave (art. 3, comma 3, L. n. 104/1992);
- certificato medico da cui risulti che il disabile è "assistibile a domicilio";
- Modello ISEE del nucleo familiare;
- documentazione da cui risultino gli emolumenti a qualsiasi titolo percepiti da disabile.

**Autorizzazione al trattamento dei dati personali**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ acconsente al trattamento dei propri dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali alla presente richiesta.

Data

Firma

---