

DELEGA ALL'INSERIMENTO TELEMATICO DELLA DOMANDA FINALIZZATA ALL'OTTENIMENTO DEL CONTRIBUTO ASSEGNO DI CURA 2017/2018

Il sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato a _____ il _____

Residente nel Comune di _____

Via/Piazza _____

Tel. _____ e.mail _____

in qualità di Richiedente (familiare entro i 4° grado, soggetto incaricato alla tutela dell'anziano) per

se stesso

beneficiario

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Nato a _____ il _____

Residente nel Comune di _____

Via/Piazza _____

Tel. _____ e.mail _____

AI SENSI DELL'AVVISO PUBBLICO ASSEGNO DI CURA ANNO 2017 DI CUI ALLA D.D. REG. GEN 265/2017 DEL COMUNE DI CIVITANOVA MARCHE ENTE CAPOFILIA DELL'ATS 14

DELEGA

L'OPERATORE DI SPORTELLO DEL COMUNE DI _____

ALLA PRESENTAZIONE ALL'ATS 14 DELLA DOMANDA ON LINE FINALIZZATA ALL'OTTENIMENTO DELL'ASSEGNO DI CURA 2017/2018

ALLO SCOPO FORNISCE:

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente;
- copia Attestazione ISEE o Dichiarazione Sostitutiva Unica finalizzata all'acquisizione della Certificazione ISEE riferita al nucleo familiare in cui è presente il beneficiario;
- e se non presente agli atti d'ufficio, copia del verbale di indennità di accompagnamento agli invalidi civili, totalmente inabili di cui alle leggi 11 febbraio 1980, n. 18 e s.m.i., 21 novembre 1988, n. 508, oppure copia del verbale di indennità di accompagnamento ai ciechi assoluti di cui alla legge 28 marzo 1968, n. 406 e s.m.i.

Luogo e data _____

Firma _____

Operatore di Sportello incaricato _____