

**Al PUA di front office**

**del Comune di ……………………………..**

**MODULO DI PRESA IN CARICO AVVISO PER LE TUTELE UNIVERSALI**

**Il/la sottoscritto/a**

**ANAGRAFICA RICHIEDENTE**

Cognome................................................................Nome...................................................................

Data di nascita |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_| Luogo di nascita............................................................. Prov. ..................

Codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residenza: Città ..................................................... Via .....................................................................

C.A.P. .................

Telefono…………………………………………Email…………………………………@.........................

In qualità di:

* CAREGIVER
* TUTORE
* AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
* ALTRO (specificare)………………………………………………………………………………….

In favore di:

**ANAGRAFICA UTENTE**

Cognome................................................................Nome...................................................................

Data di nascita |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_| Luogo di nascita............................................................. Prov. ..................

Codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residenza: Città ................................................ Via ............................................................... C.A.P. .......................

Domicilio (solo se diverso da residenza): Città ...................... Via ...........................................

C.A.P. ...................

Telefono utente…………………………Email…………………………@...................................... .

**CHIEDE**

* La presa in carico per **l’ACCESSO** ai servizi afferenti al Regolamento Unico

**DICHIARA**

* Di essere di possesso di DSU in corso di validità;

**DICHIARA**

Che in caso di erogazione di un beneficio economico il proprio codice IBAN risulta essere il seguente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Documentazione da allegare:

* Documento di identità del richiedente;
* Documento di identità del beneficiario;
* Documentazione sanitaria (verbale di invalidità, Legge 104, eventuale indennità di accompagnamento e, in caso di disabilità gravissima, certificazione redatta da uno specialista pubblico attestante la condizione di disabilità gravissima come da Decreto Interministeriale 26 settembre 2016).

***Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000***

***Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori.***

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_