ATTO DI DELEGA PER PRESENTAZIONE RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Spett.le Ufficio del Piano Sociale di Zona Ambito N 23
Comune Capofila Nola
P.zza Duomo 1
80035 Nola (Na)

Il/La Sig./ra (Nome e Cognome)_____nato/a a_____

il _____residente in _____alla Via _____

domiciliato/a_____C. F.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Doc. d'Identità_____ Tel./ Cellulare_____
(tipo e numero)

DELEGA

Il/La Sig./ra (Nome e Cognome)_____nato/a a_____

il _____ residente in _____alla Via_____

domiciliato/a_____C. F.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Doc. d'Identità_____ Tel./ Cellulare _____
(tipo e numero)

A PRESENTARE

La richiesta di riconoscimento di un "assegno di cura" a valere sul F.N.A. 2013 ai sensi del Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 884 del 29/09/2014 in attuazione del Decreto Interministeriale del 20/03/2013 per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali in favore di persone non autosufficienti per il sostegno all'assistenza domiciliare per disabilità gravissime a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali.

Luogo e data_____

(firma leggibile)

_____

Il/La sottoscritto/a, in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D. Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Luogo e data _____

(firma leggibile)

_____

Si allegano documento di identità del richiedente e del delegato.