

**ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 14**  
**Comune di Civitanova Marche**  
**Piazza XX Settembre, 93**  
**62012 Civitanova Marche**

**Oggetto: Progetto Home Care Premium 2014 – DELEGA**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

**NELL'AMBITO DEL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2014**

in qualità di Richiedente per

se stesso

beneficiario (*nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, indirizzo di residenza*)

**AI SENSI DELL'ART. 7 DELL'AVVISO PUBBLICO HCP 2014**

**DELEGA**

**GLI OPERATORI DI SPORTELLO INDIVIDUATI DALL'ATS 14**

**ALLA PRESENTAZIONE ON LINE ALL'INPS GESTIONE EX INPDAP DELLA DOMANDA PER IL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2014**

**A TAL FINE DICHIARA**

- di aver preso visione dell'avviso pubblico riferito all'assistenza domiciliare promosso dall'Inps gestione ex Inpdap (data pubblicazione guri: 29/01/2015) e di accettarlo in tutte le sue parti dal momento dal momento che si autorizza la presentazione on line della domanda;
- di autorizzare il personale addetto al trattamento dei dati personali ai sensi D.Lgs. 30/6/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" autorizzandone il trattamento;

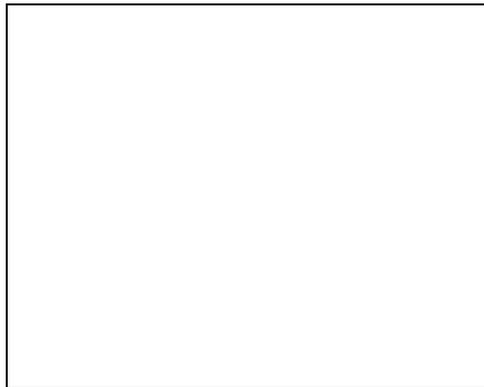
- di essere consapevole delle conseguenze civile e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false e che le risposte e le notizie fornite nel presente modulo di domanda sono veritiere. In particolare ho preso atto degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 che prevedono sanzioni per chi rende dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà falsi, mendaci o parzialmente veritiere. Sono da considerarsi dichiarazioni sostitutive di certificazione tutte le notizie fornite nella domanda attinenti a stati, qualità personali e fatti che riguardano i soggetti interessati.

**SI ALLEGANO:**

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente
- copia Dichiarazione Unica Sostitutiva finalizzata all'acquisizione della Certificazione ISEE Sociosanitario riferita al nucleo familiare in cui è presente il beneficiario.

Il sottoscritto si impegna a segnalare qualsiasi variazione che dovesse verificarsi rispetto alle situazioni dichiarate.

Data..... Firma .....



Per ricevuta  
Operatore HCP autorizzato \_\_\_\_\_

Per accettazione  
Il richiedente \_\_\_\_\_