

	Amministrazione destinataria Comune di Salzano	
	Ufficio destinatario Politiche sociali, ufficio famiglia, ufficio casa, pari opportunità	

Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare

Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

CHIEDE

l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare

<input type="radio"/>	per sè stesso																														
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																														
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Cognome</th> <th colspan="2">Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Sesso</th> <th>Data di nascita</th> <th colspan="2">Luogo di nascita</th> <th>Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="5">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome		Nome		Codice Fiscale						Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza						In qualità di (*)									
Cognome		Nome		Codice Fiscale																											
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza																											
In qualità di (*)																															

In qualità di ()*:

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in										
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

per il seguente motivo		
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Motivazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> </tr> </tbody> </table>	Motivazione	
Motivazione		

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)

Grado di parentela ()*:

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

*Professione (**)*:

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

DICHIARA INOLTRE

- i seguenti dati relativi alla persona per la quale si richiede il servizio di Assistenza domiciliare

ISEE socio-sanitario del nucleo di residenza anagrafica in corso di validità	Codice sanitario	Medico di medicina generale
€		

- di possedere l'invalidità civile
- di avere l'indennità di accompagnamento
- di avere conoscenza del Regolamento in materia di servizi e prestazioni sociali approvato con deliberazione Consiliare 21/12/2015, n. 60 e di accettarne il contenuto
- di essere a conoscenza del fatto che il Comune di Salzano ha stipulato una convenzione con la guardia di finanza (compagnia di Mirano), che potrà quindi effettuare controlli sui beneficiari di provvidenze economiche del Comune stesso nel rispetto delle normative di riferimento
- che ai fini della valutazione della compartecipazione al costo del servizio presenta la dichiarazione ISEE socio-sanitario secondo quanto stabilito con Decreto del presidente del consiglio dei ministri 05/12/2013, n. 159, in corso di validità

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	attestazione isee socio-sanitario residenziale
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Salzano		
Luogo	Data	Il dichiarante