

 SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI

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

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI – P.d.Z 2019/2020.

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (   ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* per sé stesso;
* in qualità di: o tutore e/o curatore o altro

del/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (parentela)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. (   ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico curante: Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Composizione nucleo familiare:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Nome e Cognome  |  Età |  Professione     |  Residenza  |  Telefono | Parentela |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |

Altri figli o familiari non conviventi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Nome e Cognome  |  Età |  Professione     |  Residenza  |  Telefono | Parentela |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |

**CHIEDE**

L’AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Allega:

1) Ultima Dichiarazione Sostitutiva Unica (ISEE), in corso di validità, del nucleo familiare convivente con l’utente. L’attestazione ISEE è valida per un anno dal momento del rilascio;

2) Certificato medico attestante lo stato di salute;

3) Altra documentazione utile ai fini della graduatoria;

4) Fotocopia del documento di riconoscimento;

5) Autocertificazione della composizione del nucleo familiare convivente con il richiedente;

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 si dà atto che

- il trattamento dei dati richiesti è funzionale all’istruttoria per il beneficio e sarà effettuato manualmente e/o con sistemi informatizzati;

- il titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune; il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell’istruttoria delle domande.

Si dà atto, inoltre, che il conferimento dei dati è obbligatorio e l’eventuale mancato conferimento degli stessi comporta l’impossibilità di proseguire la procedura amministrativa.

Al titolare del trattamento potrà essere rivolta istanza da parte dell’interessato per far valere i suoi diritti così come previsti dall’art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                           FIRMA

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