

	Amministrazione destinataria Comune di Porto San Giorgio	
	Ufficio destinatario Ufficio servizi sociali	

Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
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 colspan="2">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="1">Data di nascita</th> <th colspan="1">Sesso</th> <th colspan="2">Luogo di nascita</th> <th colspan="2">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="6">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome		Nome		Codice Fiscale								Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza								In qualità di (*)											
Cognome		Nome		Codice Fiscale																																	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza																																	
In qualità di (*)																																					

In qualità di ()*:

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	
Motivazione	
<input type="radio"/>	igiene e cura personale, aiuto per il bagno
<input type="radio"/>	vestizione e svestizione
<input type="radio"/>	riordino e cura degli oggetti personali
<input type="radio"/>	riordino e pulizia della pulizia e dei locali dell'assistito
<input type="radio"/>	preparazione e somministrazione dei pasti
<input type="radio"/>	controllo nell'assunzione dei farmaci
<input type="radio"/>	cambio della biancheria
<input type="radio"/>	piccole commissioni per i bisogni urgenti e indispensabili dell'assistito, solo quando non è possibile organizzare l'intervento in misura coordinata
<input type="radio"/>	altro (specificare)

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

di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
€		

DICHIARA INOLTRE

- si impegna al pagamento della quota di compartecipazione
- si impegna a presentare ogni documentazione richiesta dal comune
- prende atto che eventuali dichiarazioni false o non rispondenti a verità nella presente domanda comporteranno l'annullamento della domanda stessa
- di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuate, da parte della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati del sistema informativo del Ministero delle Finanze

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"/>	copia del documento di 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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Porto San Giorgio		
Luogo	Data	Il dichiarante