

	Amministrazione destinataria Comune di Buccinasco Ufficio destinatario Servizio socio assistenziale	
---	--	--

Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare (SAD)

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'attivazione del servizio di assistenza domiciliare (SAD) attraverso l'ente accreditato che sarà individuato al momento del colloquio di valutazione con l'assistente sociale

<input type="radio"/>	per sè stesso		
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato		
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

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

<input type="radio"/>	che la persona non è assistita da assistente familiare o badante		
<input type="radio"/>	che la persona è assistita da assistente familiare ma ha bisogno di supporto tecnico		

<input type="radio"/>	di aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica in corso di validità		
Protocollo INPS		Data di rilascio	Data fine validità
sulla cui base è stata rilasciata un'attestazione ISEE			
Importo ISEE			
€			
<input type="radio"/>	di aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica e di essere in attesa di rilascio di attestazione		
<input type="radio"/>	di non aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica e che ciò comporta il pagamento della retta massima vigente		

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole della possibilità che vengano effettuati controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, con invio di documentazione agli uffici della guardia di finanza come previsto dalla Legge 109/98

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del certificato medico attestante le condizioni di disabilità
<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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Buccinasco		
Luogo	Data	Il dichiarante