



Amministrazione destinataria
 Comune di Buccinasco
 Ufficio destinatario
 Servizio socio assistenziale

Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare handicap (ADH)

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

un intervento di assistenza domiciliare attraverso l'ente accreditato che sarà individuato al momento del colloquio di valutazione con l'assistente sociale

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome			Codice Fiscale		
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza		
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)							

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"/>	di aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica in corso di validità						
	<table border="1"> <tr> <th>Protocollo INPS</th> <th>Data di rilascio</th> <th>Data fine validità</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Protocollo INPS	Data di rilascio	Data fine 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						

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

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)

- 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