


|   |   |  |
|---|---|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Comune di Pedrengo<br><br>Ufficio destinatario<br>Servizi sociali |  |
|---|---|--|

## Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare 2021

| 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

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| <input type="radio"/> | l'attivazione |
| <input type="radio"/> | la continuità |

### del servizio di assistenza domiciliare (SAD) per

| Soggetto interessato  |                                      |                  |  |                |
|-----------------------|--------------------------------------|------------------|--|----------------|
| <input type="radio"/> | per sè stesso                        |                  |  |                |
| <input type="radio"/> | per il seguente familiare o tutelato |                  |  |                |
| 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 | Piano |
|-----------|--------|-----------|--------|---------|-------|
|           |        |           |        |         |       |

### per il seguente motivo

| Motivazione |
|-------------|
|             |

**con il seguente monte ore settimanale e con i seguenti giorni di accesso al servizio**

Monte ore settimanale

Giorni di accesso al servizio

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 impegnarsi a produrre l'ISEE socio sanitario   |
| <input type="radio"/> | di non presentare attestazione ISEE e di partecipare alla spesa nella tariffa oraria prevista |

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 type="checkbox"/>            | documento di identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/>            | altri allegati <i>(specificare)</i>   |

**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. |
|--------------------------|--|

Pedrengo

Luogo

Data

Il dichiarante