

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Al Sig. SINDACO
del COMUNE
di Godega di Sant'Urbano

Prima richiesta:	☐ SI	☐ NO.
------------------	-----------------------------	------------------------------

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Provincia _____

il C.F. I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _

residente nel Comune di _____ CAP _____ Provincia _____

in via/piazza _____ n. ° _____ telefono n. _____

e-mail _____

presenta domanda:

- ☐ per se stesso/a

- (in qualità di _____) per _____

nato/a a _____ provincia _____ il _____

C.F.I 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

residente nel Comune di _____ CAP _____ Provincia _____

in via/piazza	n °
---------------	-----

telefono n. _____ e-mail _____

tessera sanitaria n° I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I medico di famiglia Dott/Dott.ssa

in possesso di Permesso di Soggiorno n. _____ (scadenza il _____)

CHIEDE

a codesta Amministrazione di poter usufruire delle seguenti prestazioni di Assistenza Domiciliare, secondo quanto previsto dai regolamenti comunali vigenti:

☐ assistenza domiciliare	☐ servizio di trasporto
☐ pasti a domicilio	☐ ALTRO

A tale scopo ai sensi delle leggi 4 gennaio 1968 n. 15, 15 maggio 1997 n. 127 e 16 giugno 1998 n. 191, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti dalle attestazioni false o incomplete,

DICHIARA CHE:

1. il nucleo anagrafico della persona suddetta è così composto:

Cognome e Nome	Grado di Parentela	Nato/a il	Stato di occupazione

2. le persone civilmente obbligate ai sensi degli artt. 433 e ss. Del C.C. (nell'ordine: coniuge, figli legittimi, legittimati o naturali o adottivi e in mancanza i discendenti prossimi – nipoti – anche naturali, i genitori e in loro mancanza gli ascendenti prossimi anche naturali, generi e nuore, suocero e suocera, fratelli e sorelle germani o unilaterali con precedenza dei primi sono:

[illegible]

3. relativamente alla propria contribuzione al servizio richiesto:

- ☐ di rinunciare alla presentazione della dichiarazione ISEE per la richiesta di prestazioni agevolate e di accettare la compartecipazione al 100% della spesa;

(oppure, in alternativa)

- ☐ di chiedere la valutazione della situazione familiare, economica e patrimoniale, al fine della determinazione di una tariffa ridotta per il pagamento delle prestazioni. A tal fine, dichiara:

3.1. Che l'I.S.E.E. di riferimento del nucleo familiare, riferito ai redditi dell'anno _____ è:

ISE NUCLEO FAMILIARE	Scala equivalenza	ISEE
€		€

3.2. Che il nucleo familiare del richiedente ha percepito nel medesimo anno di riferimento della certificazione ISEE, seguenti ulteriori proventi (se esiste condizione di non autosufficienza certificata, indicare solo i proventi dell'assistito):

Pensione/Assegno sociale	SI	NO	Se SI pari a valore annuo	€
Indennità accompagnamento	SI	NO	Se SI pari a valore annuo	€
Rendita vitalizia INAIL, pensioni di guerra e indennità corrisposte ai ciechi, sordomuti ed invalidi civili	SI	NO	Se SI pari a valore annuo	€
Assegni percepiti dal coniuge per mantenimento figli	SI	NO	Se SI pari a valore annuo	€
Contributi pubblici (comunali, provinciali, regionali, statali...)	SI	NO	Se SI pari a valore annuo	€
Pensione estera non conteggiata nell'IRPEF	SI	NO	Se SI pari a valore annuo	€
Altro	SI	NO	Se SI pari a valore annuo	€
Totale				€

Persona di riferimento

Cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____

C.F. I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _

relazione _____ residente a _____ Provincia _____

in via/ piazza _____ n. _____ Cap. _____

cell. _____ E-mail: _____

Dichiara che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti.

Dichiara che, in applicazione degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sono stato avvertito e sono consapevole della responsabilità penale prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, cui vado incontro in caso di dichiarazioni false ed incomplete e di uso di atti falsi e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Si impegna inoltre a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni che sono state determinanti per la quantificazione della quota di contribuzione personale al servizio ed in particolare quelle attinenti alla situazione economica ed alla composizione del nucleo familiare.

Autorizza codesto Ente ad effettuare presso le sedi competenti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti. In caso di opposizione ai suddetti controlli le prestazioni non potranno essere concesse. L'Ente può effettuare eventuali controlli anche presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari.

Allega alla presente la seguente documentazione relativa ai componenti del nucleo familiare:

- ☐ Attestazione e dichiarazione I.S.E.E. (Indicatore della situazione economica equivalente) in corso di validità;
- ☐ Eventuale documentazione attestante le entrate dichiarate nella tabella del punto 3.2);
- ☐ Copia di certificazioni di invalidità;
- ☐ Certificato relativo alla presenza di allergie alimentari o la necessità di diete particolari;
- ☐ Eventuali altri documenti comprovanti la situazione di bisogno e/o ritenuti idonei al fine di esprimere una valutazione sulla reale ed effettiva necessità di un intervento sociale: _____

Data _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

☐ Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D. Lgs. 196/2003)

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione del servizio, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della normativa di cui al D. Lgs. 196/2003.

All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco.

Ai sensi della L. 31.12.1996, n. 675 e successive modifiche ed integrazioni, ivi compreso il Codice della Privacy (D. Lgs. n. 196/2003), il/la sottoscritto/a, previamente informato/a dal personale del Comune (art. 10), dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 22 della legge citata e specificatamente nei "dati personali idonei a rivelare lo stato di salute", acconsente al trattamento dei dati personali relativi alla presente pratica.

Inoltre, informiamo che i dati raccolti dal nostro ufficio potranno essere comunicati ad altri uffici del Comune, che li utilizzeranno in altri procedimenti esclusivamente per un compito di interesse pubblico o nell'esercizio di pubblici poteri, oppure per adempiere a un obbligo legale cui è soggetta la Pubblica Amministrazione, se previsto da norma di legge, regolamento o atto amministrativo generale.

- ☐ propri
- ☐ della persona per la quale si è presentata domanda.

Data, _____

Firma _____

Annotazione estremi documento di identità _____

Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____

Allegata copia del documento di identità _____

Il Funzionario _____