

	Amministrazione destinataria Ufficio destinatario	
---	--	--

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				
Soggetto interessato											
<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

CHIEDE

l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare erogato dal Comune di Cassano Magnago per le seguenti prestazioni

<input type="checkbox"/>	igiene ambientale
<input type="checkbox"/>	igiene personale
<input type="checkbox"/>	bagno o doccia
<input type="checkbox"/>	aiuto assunzione farmaci
<input type="checkbox"/>	misurazione pressione
<input type="checkbox"/>	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 il nucleo familiare della persona da assistere non è in possesso di ISEE in corso di validità
- che l'ISEE in corso di validità relativo alla situazione economia della persona da assistere è pari ad euro

Valore ISEE
€

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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante