



**COMUNE DI BOLTIERE**  
**Ufficio Servizi alla Persona**

**Richiesta servizio di assistenza domiciliare**

Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso	Indirizzo di posta elettronica	
Soggetto interessato				
<input type="checkbox"/> Per sé stesso				
<input type="checkbox"/> Per la persona di seguito specificata				

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso	Indirizzo di posta elettronica	

In qualità di

**CHIEDE**  
 l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare (SAD)

per i seguenti giorni:
preferibilmente nei seguenti orari _____

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 la persona che necessita del servizio di assistenza domiciliare versa nelle situazioni di bisogno sotto indicate:

<b>Con chi vive:</b>	
<input type="checkbox"/>	solo/a
<input type="checkbox"/>	coniuge in condizione di malattia certificata
<input type="checkbox"/>	coniuge ultra80enne
<input type="checkbox"/>	parente lavoratore a tempo pieno, senza possibilità di rientro a pranzo
<input type="checkbox"/>	figlio/a minore da accudire
<input type="checkbox"/>	altre persone non rientranti nelle precedenti categorie

<b>La persona che necessita del SAD ha una rete familiare?</b>	
<input type="checkbox"/>	SI ( <i>compilare scheda successiva – SCHEDA A</i> )
<input type="checkbox"/>	NO

**SCHEDA A**

Da chi, tra le persone NON conviventi, familiari e/o conoscenti viene assistito/a (con esclusione di badanti e/o operatori socio-assistenziali)? Indicare una o più persone, fino ad un massimo di tre, in ordine alla maggiore assistenza prestata:

Nome e cognome	Parentela/affinità o conoscenza	o	Lavoratore o persona con figli minori	Residenza	Contatto telefonico

<b>Per il servizio in oggetto:</b>	
<input type="checkbox"/>	RICHIEDE l'applicazione della tariffa agevolata, a tal fine dichiara che l'attestazione ISEE, in corso di validità è pari a € _____
<input type="checkbox"/>	NON RICHIEDE l'applicazione della tariffa agevolata.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare i criteri di funzionamento del servizio e si impegna al suo integrale rispetto. In particolare si impegna a:

- comunicare all'Ufficio Servizi Sociali qualsiasi variazione intervenuta rispetto a quanto sopra dichiarato ed ogni altra condizione che determini il venir meno del servizio;
- provvedere al regolare versamento delle quote dovute per la fruizione del servizio.

Eventuali annotazioni

Prende atto, che l'Amministrazione Comunale acquisirà certificati relativi a stati, fatti e qualità personali risultanti dalla presente dichiarazione presso pubbliche amministrazioni, persone fisiche o giuridiche, ai fini della verifica di quanto dichiarato e dei controlli di legge;

Prende altresì atto, in caso di dichiarazione mendace, dell'esclusione dall'eventuale agevolazione, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000 e delle conseguenti sanzioni penali di cui all'art. 76 dello stesso decreto.

### Elenco degli allegati

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

<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 (eventuale copia del verbale di invalidità, eventuale documentazione sanitaria, eventuale copia decreto di nomina tutore/amministratore di sostegno)

### 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"/>	<p>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.</p> <p>I suoi dati personali, compresi quelli sensibili elencati all'art. 9, comma 1, del regolamento, saranno trattati unicamente per le prestazioni da lei richieste, ai sensi dell'art. 6, primo comma, lettera b, del regolamento, sia mediante l'uso di schede cartacee, che di sistemi informatici; entrambe le modalità sono protette e mantenute tali conformemente alla normativa vigente; i suoi dati personali saranno raccolti da parte del personale dei servizi sociali e comunicati ai soggetti diversi per l'espletamento delle proprie funzioni professionali.</p> <p>La comunicazione dei dati personali è un requisito necessario per poter dar corso alle sue richieste. Nel caso di mancato consenso non sarà possibile dar corso alle stesse.</p> <p>FIRMA per consenso _____</p>
--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Boltiere		
Luogo	Data	Il dichiarante