



10
DISTRETTO
SOCIO SANITARIO

SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI - P.d.Z 2019/2020.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. () il _____ residente a _____
CAP _____ via _____

n. tel. _____ Codice Fiscale _____

- per sé stesso;
- in qualità di: o tutore e/o curatore o altro

del/la Sig./ra _____ (parentela) _____

nato/a a _____ Prov. () il _____ residente a _____ CAP _____ via _____

n. tel. _____ Codice Fiscale _____

Medico curante: Dr _____

Composizione nucleo familiare:

[illegible]

Altri figli o familiari non conviventi:

Nome e Cognome	Età	Professione	Residenza	Telefono	Parentela

CHIEDE

L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Allega:

- 1) Ultima Dichiarazione Sostitutiva Unica (ISEE), in corso di validità, del nucleo familiare convivente con l'utente. L'attestazione ISEE è valida per un anno dal momento del rilascio;
- 2) Certificato medico attestante lo stato di salute;
- 3) Altra documentazione utile ai fini della graduatoria;
- 4) Fotocopia del documento di riconoscimento;
- 5) Autocertificazione della composizione del nucleo familiare convivente con il richiedente;

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 si dà atto che

- il trattamento dei dati richiesti è funzionale all'istruttoria per il beneficio e sarà effettuato manualmente e/o con sistemi informatizzati;
- il titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune; il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'istruttoria delle domande.

Si dà atto, inoltre, che il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale mancato conferimento degli stessi comporta l'impossibilità di proseguire la procedura amministrativa.

Al titolare del trattamento potrà essere rivolta istanza da parte dell'interessato per far valere i suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

DATA _____

FIRMA
