



DISTRETTO SOCIO SANITARIO



SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI _____

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____

() residente a _____ CAP _____ via _____ tel. _____

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

del/la Sig./ra _____ (parentela) _____ nato/a _____ Prov. _____

() residente a _____ CAP _____ via _____ tel. _____

Medico curante: Dr _____

Composizione nucleo familiare

Nome e Cognome età Professione Residenza tel.

Nome e Cognome	età	Professione	Residenza	tel.

Altri figli o familiari non conviventi

Nome e Cognome età Professione Residenza e tel.

Nome e Cognome	età	Professione	Residenza e	tel.

CHIEDE

L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Allega:

- 1) Ultima Dichiarazione Sostitutiva Unica (ISEE 2022), 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) Fotocopia del documento di riconoscimento
- 4) Altra documentazione utile ai fini della graduatoria
- 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 _____