

Al Responsabile Ufficio Servizi Sociali

Domanda per l'accesso al Servizio Assistenza Domiciliare Socio-assistenziale per persone con disabilità

Il/La Destinatario/a

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ___ / ___ / ___

Codice fiscale ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Residente in _____ , a _____ , n. _____ c.a.p. _____

Recapiti: tel. _____ , cell. _____ , fax _____ , e-mail: _____

Il/La Richiedente

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ___ / ___ / ___

Codice fiscale ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Residente in _____ , a _____ , n. _____ c.a.p. _____

Recapiti: tel. _____ , cell. _____ , fax _____ , e-mail: _____

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti (contrassegnarli con una X):

- mancanza di entrambi i genitori e di fratelli/sorelle;
- mancanza di un genitore;
- presenza nella famiglia di particolari problemi di ordine psico-socio-sanitario valutati dall'Assistente Sociale o in UVI, in caso di particolari necessità.

Dichiara, infine, di essere informato del fatto che:

Il trattamento dei propri dati personali, anche di tipo sensibile, avverrà nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/03;

Le procedure di erogazione dei Servizi potrebbero subire delle modifiche, laddove sia formalizzato il procedimento di accreditamento;

Allega, alla presente domanda **(contrassegnarli con una X)**:

- attestazione I.S.E.E. rilasciata ai sensi del D.lgs 109/98 e successive modificazioni e integrazioni;
- fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta in presenza di un operatore incaricato;
- certificato medico, laddove previsto;
- _____;
- _____;
- _____.

Luogo e data: _____, __ / __ / ____ .

*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Firma del Destinatario

Firma del Segnalante