

Amministrazione destinataria

Comune di Torri del Benaco

Ufficio destinatario

Ufficio protocollo

**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

Piano

SNC

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica****CHIEDE**

l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare

**Soggetto interessato** per sè stesso per il seguente familiare o tutelato

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

**in qualità di (\*)**

Ruolo

*In qualità di (\*):**amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale***Medico di base**

## per il seguente motivo

Motivazione

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 del beneficiario è composto da

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)	% Disabilità (***)

Grado di parentela (\*)

coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine

Professione (\*\*)

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

Disabilità (\*\*\*)

nessuna, 1%-33%, 34%-45%, 46%-50%, 51%-66%, 67%-74%, 75%-99%, 100%

### DICHIARA INOLTRE

- di presentare la dichiarazione ISEE  
**Pertanto allega la dichiarazione ISEE in corso di validità**
- di non presentare la dichiarazione ISEE

- di impegnarsi a versare l'eventuale quota di compartecipazione al costo del servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.), calcolata mediante il vigente regolamento in materia
- di impegnarsi a comunicare all'assistente domiciliare o all'assistente sociale o all'ufficio servizi sociali del Comune di Torri del Benaco, entro le 24 ore precedenti al servizio, eventuali assenze o impedimenti; qualora la comunicazione non venga fatta nei termini e nei modi sopra stabiliti, accetta di rimborsare al Comune la spesa relativa al servizio non espletato
- di essere a conoscenza che la presente domanda non comporta l'automatica ammissione al servizio

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

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

- copia dell'attestazione ISEE
- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

### 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)*

- 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.

Torri del Benaco

Luogo

Data

il dichiarante