

**RICHIESTA di ATTIVAZIONE
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)**

SPETT. LE COMUNE DI _____

UFFICIO _____

Il sottoscritto

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ tel/cell _____

e-mail _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

CHIEDE

DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)

in qualità di

- DIRETTO INTERESSATO
- FAMILIARE Grado di parentela _____
- SERVIZIO esterno: _____ Nominativo Segnalante _____

Ruolo _____ Telefono _____ Email _____

- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO Decreto di nomina n. _____ del _____
- TUTORE Decreto di nomina n. _____ del _____
- CURATORE Decreto di nomina n. _____ del _____

Dati della persona per cui è richiesta l'attivazione del Servizio (se diverso dal richiedente):

sig/sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

A TAL FINE IL RICHIEDENTE DICHIARA

- di essere informato sulle modalità di partecipazione ai costi del servizio, di accettarle e di impegnarsi a presentare la documentazione richiesta;
- di impegnarsi al pagamento della tariffa del Servizio, nelle forme e secondo le modalità stabilite dall'Amministrazione Comune;
- di essere a conoscenza che, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, il Comune potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art.76.

Si allega certificazione ISEE in corso di validità si no

Note: _____

Data _____ Firma del richiedente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento da parte del personale comunale, La informiamo di quanto segue: 1) Il titolare del trattamento è il Comune di _____; 2) Il trattamento è indispensabile e obbligatorio, nell'ambito delle funzioni istituzionali, ai fini dell'erogazione del servizio di assistenza domiciliare; 3) Il trattamento è realizzato dal personale dell'Ufficio Servizi sociali del Comune di _____; 4) Al Comune di _____, ai sensi degli artt. 18-22, è consentito il trattamento dei dati per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali nei limiti della legislazione vigente, dello Statuto e dei Regolamenti; 5) L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7, fra cui l'accesso ai dati che lo riguardano, nonché il diritto di rettificare, aggiornare, opporsi o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Data _____ Firma _____

Considerato che il/la signor/ra _____ non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

- FAMILIARE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- TUTORE
- CURATORE

acconsente

al trattamento dei dati assumendosi ogni responsabilità a riguardo

Data _____ Firma _____