Amministrazione destinataria

Comune di Montegranaro

Ufficio destinatario

Servizio di contabilità generale, programmazione e controllo provvedimento e economato, società partecipate, servizi sociali ed asilo nido

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** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

seguito dal medico di base

Cognome | **Nome**

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

di usufruire del servizio di assistenza domiciliare

- ○ per sé stesso
- ○ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

per il seguente motivo

Motivo

- ○ aiuto per il governo dell'abitazione e per le attività domestiche
- ○ aiuto per la cura della persona
- ○ sostegno della persona nelle attività giornaliere
- ○ aiuto per mantenere e favorire l'integrazione sociale
- ○ animazione digitale
- ○ altro *(specificare)*

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 l'importo ISEE per le prestazioni socio sanitarie, in corso di validità e riferito al nucleo del beneficiario è il seguente

Importo		**Definito dal CAF**
	€	
In data		**CAF di**

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 del certificato medico
- ☑ scheda di valutazione sociale
- ☑ piano assistenziale individualizzato
- ☑ scheda di valutazione sullo stato di autosufficienza
- ☑ copia dell'attestazione ISEE
- ☐ 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.

Montegranaro		
Luogo	**Data**	**il dichiarante**