COMUNE DI SANT' AGATA LI BATTIATI

CITTA' METROPOLITANA DI CATANIA

SETTORE SERVIZI SOCIALI

Prot. n. del

Al Signor Sindaco del Comune di

Sant'Agata Li Battiati (CT)

OGGETTO : Richiesta ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare – Anno 2019 -

Il/la sottoscritto/a_____

nato/a a_____(___) il_____/____/_____

residente in_____(___) Via_____n. _____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Recapiti telefonici :

_____,

chiede l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare

per se stesso/a

per il/la signor/signora_____nato/a a_____(___)

il__/__/____e residente in_____(___) alla via _____

_____n. _____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Recapiti telefonici :

_____,

Grado di parentela: marito/moglie genitore nonno/a bisnonno/a zio/a

genero/nuora cognato/a

In particolare la richiesta è finalizzata alla fruizione dei seguenti servizi:

Bucato	Governo della casa
Aiuto preparazione pasti	Igiene e cura della persona
Espletamento pratiche	Sostegno psicologico
Accompagnamento visite e accertamenti	Spesa e commissioni

Attività di segretariato sociale ed informazioni sui servizi di base

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara:

a) che il destinatario del servizio richiesto ha l'età di_____anni (compiuti);
b) che il destinatario del servizio non usufruisce del servizio di assistenza economica e/o altri contributi

c) che la condizione familiare del richiedente è la seguente:

☐ disabile che vive sola senza figli ☐ disabile con coniuge con figli nel comune

☐ persona con coniuge entrambi disabili senza figli ☐ disabile con coniuge e senza figli

☐ disabile che vive sola con figli fuori comune ☐ disabile che vive sola con figli nel comune

☐ disabile con coniuge e con figli fuori comune

☐ persona o coppia disabile coabitante con figli e/o parenti o affini

altro (specificare) _____

_____

d) che il valore dell' I.S.E.E. del nucleo familiare, relativo ai redditi percepiti nell'anno in corso, è pari a € | | | | . | | | |, | | |

Che i soggetti obbligati agli alimenti ai sensi dell'art. 433 del c.c. sono:

G.P. *	*Cognome e Nome*	*Luogo e data nascita*	Indirizzo	**Recapito Telefonico**

* G.P. = Grado di parentela (C= Coniuge; F= Figli; A= genitori o ascendenti prossimi;
G= Generi e nuore; S= suoceri; Fr = fratelli e sorelle)

Allega alla presente:

1) Scheda SVAMA sanitaria compilata in ogni sua parte (Possibilmente leggibile)
2) Attestazione ISEE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell'anno_____, comprensiva della dichiarazione sostitutiva unica delle condizioni economiche e patrimoniali;
3) Fotocopia di un documento di identità del beneficiario in corso di validità

Sant'Agata Li Battiati _____

firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, il sottoscritto autorizza il Comune di Sant'Agata Li Battiati(CT) (Titolari dei dati) al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione e gestione del Servizio di assistenza domiciliare. Il sottoscritto è consapevole che i propri dati saranno trattati con modalità cartacea ed elettronica e che gli stessi potranno essere trattati anche da altri Enti pubblici coinvolti nell'attività di erogazione del Servizio di assistenza domiciliare. Il sottoscritto dichiara di essere stato informato circa i diritti che potrà esercitare ai sensi dell'art. 7 del suddetto Decreto. Titolari dei dati: Comune di Sant'Agata Li Battiati (CT) Sede distaccata via Dante Maiorana, 11. Tel.: 095/7254032 – Fax: 095/7259946

Sant'Agata Li Battiati _____

Firma