

Al Sig. SINDACO  
del Comune di  
COLLE UMBERTO

Prima richiesta:  SI  NO

Il/ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono n.: \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente  domiciliato in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono n.: \_\_\_\_\_ tessera sanitaria n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ medico di famiglia Dott. \_\_\_\_\_  
in possesso di  Carta  Permesso di Soggiorno n. \_\_\_\_\_ (scadenza il \_\_\_\_\_)

### CHIEDE

a codesta Amministrazione di poter usufruire delle seguenti prestazioni di Assistenza Domiciliare, secondo quanto previsto dai regolamenti comunali vigenti:

assistenza domiciliare  servizio di trasporto  
 pasti a domicilio  ALTRO

A tale scopo ai sensi delle leggi 4 gennaio 1968 n. 15, 15 maggio 1997 n. 127 e 16 giugno 1998 n. 191, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti dalle attestazioni false o incomplete,

### DICHIARA CHE:

1. il nucleo di stabile convivenza della persona suddetta è così composto:

Cognome e Nome	Grado di Parentela	Nato/a il	Stato di occupazione

2. altri familiari non conviventi sono:

Cognome e Nome	Gr. parentela	Nato/a	il Residente a	Occupazione

3. relativamente alla propria contribuzione al servizio richiesto:

di rinunciare alla presentazione della dichiarazione ISEE per la richiesta di prestazioni agevolate e di accettare la compartecipazione al 100% della spesa;  
(oppure, in alternativa)

di chiedere la valutazione della situazione familiare, economica e patrimoniale, al fine della determinazione di una tariffa ridotta per il pagamento delle prestazioni. A tal fine, dichiara:

3.1. Che l'I.S.E.di riferimento del nucleo familiare, riferito ai redditi dell'anno 200\_ è:

ISE NUCLEO FAMILIARE	Scala equivalenza	ISEE

3.2. Che il nucleo familiare del richiedente ha percepito nel medesimo anno di riferimento della certificazione ISEE, i seguenti ulteriori proventi (se esiste condizione di non autosufficienza certificata, indicare solo i proventi dell'assistito):

Pensione/assegno sociale	SI	NO	Se SI pari a valore annuo €
Indennità accompagnamento	SI	NO	Se SI pari a valore annuo €
Rendita vitalizia INAIL, pensioni di guerra e indennità corrisposte ai ciechi, sordomuti e invalidi civili	SI	NO	Se SI pari a valore annuo €
Assegni percepiti dal coniuge per mantenimento dei figli	SI	NO	Se SI pari a valore annuo €
Contributi pubblici (comunali, provinciali, regionali, statali..)	SI	NO	Se SI paria valore annuo €
Pensione estera non conteggiata nell'IRPEF	SI	NO	Se SI pari a valore annuo €
<b>TOTALE</b>			

## Persona di riferimento

Cognome e nome \_\_\_\_\_ relazione \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Dichiara che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a e che non sono stati omessi dati importanti.

Dichiara che, in applicazione degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sono stato avvertito e sono consapevole della responsabilità penale prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, cui vado incontro in caso di dichiarazioni false ed incomplete e di uso di atti falsi e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Si impegna inoltre a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni che sono state determinanti per la quantificazione della quota di contribuzione personale al servizio ed in particolare quelle attinenti alla situazione economica ed alla composizione del nucleo familiare.

Autorizza codesto Ente ad effettuare presso le sedi competenti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti. In caso di opposizione ai suddetti controlli le prestazioni non potranno essere concesse. L'Ente può effettuare eventuali controlli anche presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari.

Allega alla presente la seguente documentazione relativa ai componenti del nucleo familiare:

- Attestazione e dichiarazione I.S.E.E. (Indicatore della situazione economica equivalente) in corso di validità;
  - Eventuale documentazione attestante le entrate dichiarate nella tabella del punto 3.2);
  - Copia di certificazioni di invalidità;
  - Certificato relativo alla presenza di allergie alimentari o la necessità di diete p Li
- Eventuali altri documenti comprovanti la situazione di bisogno e/o ritenuti idonei al fine di esprimere una valutazione sulla reale ed effettiva necessità di un intervento sociale: \_\_\_\_\_

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

**Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D. Lgs. 196/2003):**

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione del servizio, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della normativa di cui alla D.Lgs. 196/2003.

All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco. Ai sensi della L. 31.12.1996, n. 675 e successive modifiche ed integrazioni, ivi compreso il Codice della Privacy (D. Lgs. n. 196/2003), il/la sottoscritto/a previamente informato/a dal personale del Comune (art. 10), dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 22 della legge citata e specificatamente nei "dati personali idonei a rivelare lo stato di salute", acconsente al trattamento dei dati personali relativi alla presente pratica:

- propri
- della persona per la quale si è presentata domanda.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Se il richiedente è impossibilitato ad esprimere il bisogno:**

La su estesa domanda e dichiarazione è stata resa dal sottoscritto in qualità di \_\_\_\_\_ in nome e per conto del richiedente impossibilitato ad esprimere il bisogno, avendone ottenuto il consenso informato.

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Colle Umberto, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Annotazione estremi documento di identità \_\_\_\_\_

Firma apposta dal dichiarante in presenza di \_\_\_\_\_

Allegata copia del documento di identità \_\_\_\_\_

IL Funzionario

\_\_\_\_\_

(firma leggibile)