Presentare solo a seguito di avviso pubblico

# DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI

**AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 20**

# Uff. di Servizio Sociale……………..................

Il/la sottoscritto/a

……………………………………………………………………………………………………………… nato/a ………………………………………………………………… prov………. Il……………………. residente a ……………………prov. ………. Via …………………………………………………n……... tel.………………………………………………. C.F. ………………………………………………….

**C H I E D E**

L’ AMMISSIONE ALLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE:

* Aiuto domestico
* Igiene e cura della persona
* Riordino dell’ambiente
* Disbrigo pratiche
* Sostegno psicosociale

**D I C H I A R A**

ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

- che il proprio nucleo familiare è composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **COGNOME E NOME** | **RAPPORTO FAMILIARE** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* che il valore ISE del nucleo familiare convivente, in corso di validità, è pari a

€. …………………….………………………………………………..

* di essere consapevole che superando la soglia ISEE prevista per l’accesso al servizio potrà essere ammesso previa compartecipazione.
* di essere a conoscenza delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni.
* che in caso di ammissioni al servizio richiesto, potranno essere eseguiti controlli per accertare la veridicità delle informazioni fornite.
* comunicare per iscritto ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, nonché eventuali rinunce o sospensioni temporanee.

allega i seguenti documenti:

* + Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità dell’utente.
	+ Attestazione ISEE del nucleo familiare convivente relativa al reddito prodotto nell’anno 2011, con allegata Dichiarazione Sostitutiva Unica, DSU, sottoscritta dal dichiarante.
	+ Certificato medico rilasciato dal medico curante nel quale si attestino le patologie ed il grado di parziale o totale non autosufficienza dell’utente.

 Istanza presentata da……………………………………………………………………………

Vincolo di parentela ……………………………nato/a………………………………… prov……………

il …………………………residente a …………………………………………… prov. ………….. ……

Via ……………………………………………………… n. ………tel………………………………….

C.F. …………………………………………………………………………………………………………

RAMACCA, ……………………… FIRMA

 ………………………………………………

 **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI RESA AI SENSI DELL’ART. 13 DEL REGOLAMENTO PRIVACY N. 679/16**

1. Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l’erogazione del beneficio economico e sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;
2. Il trattamento comporta operazioni relative anche ai dati sensibili, per i quali è individuata rilevante finalità di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Privacy n. 679/16;
3. I dati conferiti potranno essere comunicati totalmente o in parte, qualora necessario, ad altri uffici del Comune e ad altri soggetti pubblici e privati che, in base a convenzione, e/o con accordi stipulati con lo stesso Comune, sono tenuti al trattamento dei dati necessari allo sviluppo del suddetto procedimento amministrativo o attività correlate e successive. Ai sensi dell’art. 24 del Regolamento Privacy n. 679/16, tale trattamento rientra nei casi nei quali può essere effettuato senza consenso espresso dall’interessato;
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell’istruttoria e successivi adempimenti collegati al procedimento amministrativo e il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l’annullamento del procedimento per l’impossibilità a realizzare l’istruttoria necessaria;
5. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all’art. 7 del Regolamento Privacy n. 679/16 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati ecc.), tuttavia la richiesta di cancellazione dei dati comporta l’esclusione dal beneficio;
6. Il titolare del trattamento è il Comune di Ramacca; il responsabile del trattamento è il Responsabile del Procedimento a cui è assegnata la pratica.

 FIRMA

 ……….………………………………….