

**ISTANZA PER:**

- ☐ attivazione PASTO A DOMICILIO
- ☐ attivazione SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)
- ☐ attivazione TELESOCCORSO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Se cittadino extracomunitario, in possesso di regolare documento di soggiorno n. \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

di poter usufruire del servizio:

- ☐ Pasto a domicilio
- ☐ Servizio SAD
- ☐ Telesoccorso

erogato da codesto Comune:

- ☐ per me stesso/per il mio nucleo familiare
- ☐ per il seguente familiare o persona della quale esercito tutela giuridica:

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Nato/a il: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

☐ dal lunedì al venerdì      ☐ dal lunedì al sabato      ☐ dal lunedì alla domenica      ☐ altro \_\_\_\_\_

A tale scopo DICHIARA che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_ persone

Che l'abitazione è:

- ☐ di sua proprietà
- ☐ affitto

Dichiara inoltre che i motivi che compromettono l'autosufficienza sono:

- fisici ☐ SI ☐ NO

- e/o psicofisici ☐ SI ☐ NO

che è affetto delle seguenti malattie:

---

---

Segnalazione di **diete / allergie alimentari**

---

---

Il **medico curante** è il

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di percepire n. \_\_\_\_\_ **pensione** di categoria \_\_\_\_\_ e di aver altri redditi personali: ☐ SI ☐ NO

Se SI, quali: \_\_\_\_\_

DICHIARA di avere figli ☐ SI ☐ NO n. \_\_\_\_\_ di cui n. \_\_\_\_\_ residenti ad Inzago ed altre località:

---

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

figli \_\_\_\_\_

Che esistono nuclei famigliari di parenti stretti (fratelli, sorelle, nipoti etc.) ad Inzago: ☐ SI ☐ NO

DICHIARA che usufruisce già di servizi comunali: ☐ SI ☐ NO

quali \_\_\_\_\_

**Si evidenzia che a seguito dell'inoltro della richiesta, il richiedente o chi ne fa le veci sarà contattato dall'Assistente Sociale, per la definizione del programma assistenziale e la definizione della quota di compartecipazione al Servizio.**

**Documenti da allegare**

- attestazione ISEE completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica in corso di validità;
- eventuali certificazioni medico sanitarie (lettera dimissioni ospedaliera; certificato invalidità);
- eventuale fotocopia redditi di tutti componenti del nucleo relativi all'anno \_\_\_\_\_

Il Servizio Sociale si riserva di chiedere documentazione integrativa necessaria per la valutazione della richiesta.

**FIRMA**

del beneficiario/richiedente o di chi ne fa le veci

---

**INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE**

I dati personali acquisiti con la presente dichiarazione:

- devono essere forniti per determinare la situazione economica del nucleo familiare del richiedente una prestazione sociale agevolata, ai sensi del vigente Regolamento Comunale;
- sono raccolti ed utilizzati, anche con strumenti informatici, al solo fine di erogare le prestazioni sociali agevolate;
- possono essere scambiati tra enti pubblici o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle amministrazioni certificanti per i controlli previsti;

Il dichiarante può rivolgersi, in ogni momento, agli enti ai quali ha presentato la dichiarazione o l'attestazione per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge.

L'ente al quale viene presentata la dichiarazione e gli enti erogatori a cui sono trasmessi i dati delle dichiarazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

**Autorizzo il trattamento dei dati dichiarati nel presente modulo ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg. UE 2016/679 – GDPR.**

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

del beneficiario/richiedente o di chi ne fa le veci

Tipo di servizio che verrà erogato: \_\_\_\_\_

Aggiornamenti: \_\_\_\_\_

Notizie utili: \_\_\_\_\_

Altri recapiti: \_\_\_\_\_