



Amministrazione destinataria

Comune di Ciserano

Ufficio destinatario

Ufficio servizi sociali

## Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare

### Il sottoscritto

|                      |                      |                             |                      |                               |                      |                      |                              |                      |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                        |                      | Codice Fiscale                |                      |                      |                              |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                      |                              |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita            |                      | Cittadinanza                  |                      |                      |                              |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                      |                              |                      |
| Residenza            |                      |                             |                      |                               |                      |                      |                              |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo                   | Civico               | Barrato                       | Scala                | Piano                | SNC <input type="checkbox"/> | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |                      |                              |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                      |                              |                      |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare

- ☐ per sè stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                              |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale       |                      |                      |                              |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      |                      |                              |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     |                      | Cittadinanza         |                      |                      |                              |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      |                      |                              |                      |
| Residenza            |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                              |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato              | Scala                | Piano                | SNC <input type="checkbox"/> | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="text"/> |

**in qualità di (\*)**

Ruolo

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

**per il seguente motivo**

Motivazione

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 il nucleo familiare del beneficiario è composto da

| Cognome | Nome | Data di nascita | Grado di parentela (*) | Professione (**) | % Disabilità (***) |
|---------|------|-----------------|------------------------|------------------|--------------------|
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |

*Grado di parentela (\*)*

*coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente*

*Professione (\*\*)*

*studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro*

*Disabilità (\*\*\*)*

*nessuna, 1%-33%, 34%-45%, 46%-50%, 51%-66%, 67%-74%, 75%-99%, 100%*

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☐ copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- ☐ 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.

Ciserano

Luogo

Data

Il dichiarante