

	Amministrazione destinataria Comune di Nembro  Ufficio destinatario Servizi alla persona e alla famiglia	
---	--	--

## Domanda di accesso alle prestazioni socio assistenziali comunali

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata
Soggetto interessato					
<input type="radio"/> per sè stesso					
<input type="radio"/> per il seguente familiare o tutelato					
In qualità di (*)					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	

In qualità di (\*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

### CHIEDE

di valutare la possibilità che il soggetto interessato possa usufruire dei seguenti servizi o contributi socio assistenziali

Servizi contributivi															
<input type="checkbox"/>	attivazione di azioni regionali a favore della non autosufficienza (voucher)														
<input type="checkbox"/>	servizio di trasporto sociale														
Giorno e ora del trasporto			Persona di riferimento				Recapito telefonico								
Partenza						Destinazione									
<input type="checkbox"/>	servizio pasti a domicilio														
Data attivazione		Data conclusione		Giorni											
				<input type="checkbox"/>	Lunedì	<input type="checkbox"/>	Martedì	<input type="checkbox"/>	Mercoledì	<input type="checkbox"/>	Giovedì	<input type="checkbox"/>	Venerdì	<input type="checkbox"/>	Sabato
<input type="checkbox"/>	chiede l'attivazione di una dieta speciale (specificare)														
<input type="checkbox"/>	servizio di telesoccorso														
<input type="checkbox"/>	inserimento temporaneo in RSA														
Motivo															
<input type="radio"/>	sollievo														
<input type="radio"/>	altro (specificare)														
<input type="checkbox"/>	inserimento definitivo in RSA														

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

le seguenti informazioni sanitarie del richiedente

<b>invalidità</b>						
<input type="radio"/>	invalidità civile					
	Percentuale invalidità					
<input type="radio"/>	invalidità civile con indennità di accompagnamento					
	Percentuale invalidità					
<input type="radio"/>	non riconosciuta					
<b>Certificazione handicap grave (Legge 05/02/1992 n.104 art.3 comm. 3)</b>						
<input type="radio"/>	sì					
<input type="radio"/>	no					
<input type="radio"/>	in fase di accertamento					
<b>attualmente domiciliato</b>						
<b>Domicilio</b>						
<input type="radio"/>	nella propria abitazione					
<input type="radio"/>	in ospedale					
<input type="radio"/>	presso un familiare					
<input type="radio"/>	altra struttura (specificare)					
<b>indirizzo</b>						
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	
<input type="radio"/>	di voler accedere a prestazioni agevolate					
	<b>pertanto allega copia della certificazione ISEE in corso di validità</b>					
<input type="radio"/>	di non voler accedere alle prestazioni agevolate, non presentando quindi certificazione ISEE					
<input type="checkbox"/> <b>familiare o persona di riferimento</b>						
Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza		
<b>Residenza</b>						
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP		
Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata			
Grado di parentela						
<input type="checkbox"/> <b>familiare o persona di riferimento</b>						
Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza		
<b>Residenza</b>						
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP		
Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata			
Grado di parentela						

<input type="checkbox"/> familiare o persona di riferimento				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
<b>Residenza</b>				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Grado di parentela				

<b>Eventuali annotazioni</b>

<b>Elenco degli allegati</b>	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	copia della certificazione medica per dieta speciale
<input type="checkbox"/>	certificazione ISEE (ordinario, corrente o socio sanitario)
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

<b>Informativa sul trattamento dei dati personali</b>	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Nembro		
Luogo	Data	Il dichiarante