

**COMUNE DI LERCARA FRIDDI DISTRETTO SOCIO- SANITARIO**

**Provincia di Palermo “D38”**

**AREA AMMINISTRATIVA LERCARA FRIDDI**

**UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI**

AREA DISABILI

Oggetto: Richiesta Assistenza Domiciliare Disabili – “C’è … ancora qualcuno”.

AL Signor Sindaco

del Comune di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Prizzi in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

Di poter fruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili, finalizzato alle seguenti prestazioni:

□ Aiuto domestico;

□ Disbrigo pratiche;

□ Igiene e cura della persona;

□ Trattamento logopedico.

A tal fine \_\_\_ l \_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_consapevole delle responsabilità civili e penali secondo quanto trascritto dall’art. 4 della Legge 15/68 e dall’art. 3 comma 10 Legge 15 Marzo 1997, n. 127-art. 1 D.P.R.20 Ottobre 1998 n. 403 (art. 46 del D.P.R. 445/2000),

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

□ che il proprio nucleo familiare si compone di n. \_\_\_\_\_\_\_persone;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Dati Anagrafici | Professione | Reddito € | Note |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Reddito familiare annuo | | |  |  |

□ di non avere figli residenti nel Comune;

□ di avere n. \_\_\_\_\_\_\_figli residenti nel Comune;

□ di avere una invalidità accertata del \_\_\_\_\_\_\_\_\_%;

□ di non fruire dell’indennità di accompagnamento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con osservanza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega:

* modello ISEE/ISE anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* certificato medico attestante lo stato di necessità per il servizio di cui si intende fruire, secondo il Regolamento comunale vigente;
* certificazione specialistica per usufruire del trattamento logopedico;
* attestazione di invalidità civile e/o Legge 104/92;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Preso atto dell’informativa fornitami ai sensi dell’art 10 della Legge 31/12/1996 n. 675, io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACCONSENTO**

1. Al trattamento Di eventuali dati sensibili, necessari all’istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della presente domanda;

2. Al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all’estero, ove ciò sia necessario all’istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della presente domanda;

3. Alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici di postalizzazione e di archiviazione ed al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti, ove ciò sia necessario all’istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della presente domanda;

4. Alla comunicazione dei miei dati sensibili, per fini diversi da quelli connessi alla presente domanda ad altri enti o Amministrazioni pubbliche, ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali;

lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

F I R M A

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_