



Al Sig. SINDACO  
del Comune di RUBANO

Assistente Sociale responsabile del procedimento

\_\_\_\_\_

ANNO \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ (familiare, persona che collabora per  
l'assistenza. ...)

presenta domanda per:

**SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE;**

A favore della persona \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Domiciliato/a a (indicare solo se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
Medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

A tale scopo,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) del Codice sulla privacy (D.lgs. 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute:

che:

Per il **Servizio di Assistenza Domiciliare** il valore dell'ISEE per prestazione sociale agevolata di natura socio sanitaria, del nucleo familiare anagrafico, ricavato dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica, allegata alla presente domanda, e riferito ai redditi dell'anno \_\_\_\_\_ è di € \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a prende atto che la presente richiesta deve essere accertata attraverso un colloquio con l'Assistente Sociale del Comune.

IL RICHIEDENTE

---

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.leg.vo del 30 giugno 2003, n. 196.

I dati e la documentazione saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento per il quale sono stati forniti nel rispetto e tutela della privacy.

**Si allega copia fotostatica del documento di identità personale valido;**

SAD/Assistenza Domiciliare/moduli/stampato domanda

SETTORE SERVIZI SOCIALI

Sottoscrizione Utenti

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
RUBANO in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ sottoscrive la propria  
adesione alla compartecipazione alla spesa per il **Servizio di Assistenza Domiciliare** quantificata in  
euro \_\_\_\_\_ orarie, in conformità ai provvedimenti adottati da questo Comune con delibera di  
Consiglio Comunale n. 32 del 07/06/2005 e delibera annuale di Giunta Comunale di approvazione  
delle tariffe dei servizi pubblici comunali.

In caso di sospensione del Servizio, provvisoria e/o definitiva, si impegna a comunicarlo per iscritto  
al Settore Interventi Sociali entro una settimana prima della data di cessazione e a saldare tutte  
prestazioni usufruite fino a tale data.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA UTENTE

\_\_\_\_\_