



AL SETTORE SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI
RUBANO
Via Rossi n.11
35030 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. _____ ()

DICHIARA che:

per il **Servizio di Assistenza Domiciliare** il valore dell'ISEE in corso di validità, per prestazione sociale agevolata di natura socio sanitaria, del nucleo familiare anagrafico, ricavato dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica, allegato alla presente domanda è di € _____.

Dichiara altresì:

- di aver preso visione delle informazioni relative al trattamento dei suoi dati personali, rese ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento e autorizza il trattamento di categorie particolari di dati ai sensi dell'art. 9 del Regolamento.

I dati personali raccolti con la presente domanda verranno trattati dal Comune di Rubano nel rispetto dei principi del Regolamento Ue n. 2016/679 e del d. lgs. n. 196 del 2003, come successivamente modificato, nonché secondo le modalità, finalità e limiti indicati nel documento informativo disponibile presso l'Ufficio Servizi-Sociali,Erp e pubblicato nel sito web (www.rubano.it).

- di essere a conoscenza che, ai sensi del del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 il beneficiario potrà essere sottoposto al controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni ed atti di notorietà e sarà tenuto a dimostrare quanto dichiarato. Per l'effettuazione del controllo delle attestazioni ISEE il Comune si avvarrà dell'accesso alla banca dati dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale).

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

IL RICHIEDENTE

Si allega copia fotostatica del documento di identità personale valido.



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
