CITTÀ DI SANLURI	Amministrazione destinataria Città di Sanluri Ufficio destinatario Area sociale	

Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare

Il sottoscritto

Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	**Sesso**	**Luogo di nascita**	**Cittadinanza**
Telefono cellulare	**Telefono fisso**	**Posta elettronica ordinaria**	**Posta elettronica certificata**

CHIEDE

l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare

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

Cognome		Nome	Codice Fiscale
Sesso	**Data di nascita**	**Luogo di nascita**	**Cittadinanza**
In qualità di (*)			

In qualità di (*):
amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

per il seguente motivo

Motivazione

per le seguenti prestazioni	
Prestazioni	**Numero di ore settimanali**

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

☑ di aver preso visione del Regolamento approvato con Deliberazione del Consiglio comunale 22/12/2017, n. 111 e di accettare integralmente le disposizioni

☑ che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)

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

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati *(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*	
☑	copia dell'attestazione ISEE socio-sanitario
☐	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
☐	copia del documento d'identità *(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
☐	altri allegati (specificare)

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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Sanluri		
Luogo	**Data**	**Il dichiarante**