

	Amministrazione destinataria Comune di Fara in Sabina Ufficio destinatario Ufficio servizi sociali e ERP	
---	---	--

Domanda di assegnazione del titolo di cura ed assistenza

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

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

richiamate le linee guida per la realizzazione del servizio pubblico di assistenza domiciliare approvate dal comitato istituzionale

CHIEDE

l'assegnazione del titolo di cura ed assistenza (servizio di assistenza domiciliare).

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

- che in caso di accoglimento della richiesta il Titolo di Cura ed Assistenza assegnato potrà essere utilizzato per la fruizione di prestazioni socioassistenziali a domicilio erogate da soggetti scelti dallo stesso destinatario tra quelli iscritti al Registro distrettuale di accreditamento

relativamente all'indennità di accompagnamento

- che l'utente è titolare di indennità di accompagnamento
 che l'utente non è titolare di indennità di accompagnamento

relativamente alle condizioni di disabilità

- che l'utente è in possesso di certificazione attestante la condizione di disabilità ai sensi della Legge 104/92
 che l'utente non è in possesso di certificazione attestante la condizione di disabilità ai sensi della Legge 104/92

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	copia del certificato di invalidità civile o certificazione di disabilità ai sensi della Legge 104/92
<input checked="" type="checkbox"/>	referto medico, rilasciato dal medico di famiglia, attestante lo stato generale di salute ed in particolare la non autosufficienza o la necessità dell'assistenza del richiedente
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	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)

<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.
--------------------------	--

Fara in Sabina

Luogo

Data

Il dichiarante