

**Al Comune di San Donà di Piave
Servizio Opportunità Sociali
Anziani e Disabilità**

OGGETTO: Domanda di accesso ai servizi socio-assistenziali

Il sottoscritt _____
_____ (Cognome) _____ (Nome)
nat a _____ () il _____ cittadinanza _____
residente a _____ dal _____
Via _____ n. _____ Tel. _____ altro recapito _____
In qualità di: _____

codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

per sé
 per la sua famiglia
 per conto del signor _____ nat a _____ ()
il _____ cittadinanza _____ residente a _____
Via _____ n. _____ Tel. _____ altro recapito _____
codice fiscale: _____

di poter accedere ai seguenti interventi servizi/prestazioni professionali:

<input type="checkbox"/> Assistenza economica <input type="checkbox"/> Integrazione rette di ricovero in struttura <input type="checkbox"/> Servizio di Assistenza Domiciliare <input type="checkbox"/> Pasti <input type="checkbox"/> Servizio Trasporto <input type="checkbox"/> Richiesta valutazioni sociali per _____ <input type="checkbox"/> Servizio Sollievo <input type="checkbox"/> Servizio Telecontrollo/telesoccorso <input type="checkbox"/> Sollevatore <input type="checkbox"/> Altro _____ _____ _____

Il sottoscritt, nell'autorizzare codesta Amministrazione ad assumere tutte le informazioni necessarie ad un corretto esame della presente istanza, si impegna a comunicare tempestivamente ogni futura variazione delle informazioni fornite.

Premesso di aver ricevuto l'informativa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.L. 196/03, il sottoscritto _____ presta il proprio consenso al trattamento dei dati stessi e/o alla comunicazione dei medesimi per i fini istituzionali dell'Ente con particolare espresso riferimento ai dati sensibili, ai sensi degli art. 20, 21 e 22 del predetto Decreto Legislativo, ed anche a eventuali trattamenti di dati personali riservati necessari per la gestione dei rapporti e scambi di informazioni sui dati medesimi con altri Enti e Istituzioni Pubbliche che sono espressamente incaricati al trattamento, nonché Associazioni di Volontariato che collaborano con l'Ente a fini educativi, assistenziali o socio-sanitari.

Data ____ / ____ / _____ Firma _____

INFORMAZIONI PER LA COMPILAZIONE, SOTTOSCRIZIONE E PRESENTAZIONE

Ai sensi dell'art.38, commi 2 e 3 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, previo accertamento dell'identità tramite, **documento d'identità** _____ n. _____
Il Funzionario Addetto _____ data _____
ovvero sottoscritta e inviata, unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

A.S. referente Dott.ssa _____