

AL Signor SINDACO
del COMUNE DI SQUINZANO (LE)

OGGETTO: Richiesta di erogazione intervento socio-assistenziale.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ prov. _____ residente a _____ alla Via _____ n. _____

C.F. _____ Tel. _____ cell. _____;

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO/A ALL'EROGAZIONE DI UN INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE (a valenza Comunale o di Ambito Territoriale), ALL'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI INTEGRATI (con compilazione Scheda SVAMA Sociale e non) A VALERE SU:

- Servizio di "Telesalvalavita" per anziani (assegnazione dell'apparecchio in comodato d'uso gratuito) - Scheda A;
- Servizio di trasporto gratuito per soggetti diversamente abili presso Centri di riabilitazione di Brindisi e Lecce Istituto "La Nostra Famiglia" (dal lunedì al venerdì e/o saltuario) - Scheda B;
- Concessione contributo per eliminazione barriere architettoniche negli edifici privati - Legge n.13/98 (intervento di Ambito Territoriale) - Scheda C;
- Servizio Assistenza Domiciliare anziani e disabili (S.A.D.) - Scheda D;
- Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I. - con SVAMA Sociale) - Scheda E;
- Accesso in strutture residenziali, semi-residenziali e/o a ciclo diurno per anziani e disabili (RSSA, RSA, Centri Diurni, Casa per la Vita con SVAMA Sociale) - Scheda E;
- Dimissioni Ospedaliere Protette (D.O.P. - con SVAMA Sociale) - Scheda E;

A tal fine consapevole che in caso di false dichiarazioni, oltre alle sanzioni penali previsti dall'art.78 del D.P.R. n.445/2000

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000

- che la composizione del proprio nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia è la seguente:

Cognome e nome	luogo e data di nascita	C.F.	Grado parentela	di	Condizione lavorativa

- che il valore ISEE del nucleo familiare, convivente certificato non antecedente ad un anno dalla data di presentazione della presente, è pari ad € _____;
- che l'alloggio in cui vive con il proprio nucleo familiare è occupato a titolo di:

Proprietà locazione altro (specificare) _____

In caso di rappresentante legale o delegato alla riscossione del contributo (*genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc...*) o di persona che firma per impedimento del richiedente a sottoscrivere (art.4 D.P.R. n.445/2000):

Il sig. /La sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

Prov. _____ residente a _____ alla Via _____ n. _____

C.F. _____ Tel./cell. _____

in qualità di rappresentante legale del richiedente (*specificare*) _____

Elenco documenti allegati all'istanza:

- 1) SCHEDA (indicare) _____;
- 2) _____;
- 3) _____;

Firma

Informazioni relative alla richiesta dei dati personali (D.Lgs. 196/2003)

Finalità della raccolta: la presente raccolta persegue finalità istituzionali adempimenti di legge e di regolamento;

Modalità di trattamento: Il trattamento di tali dati avviene tramite l'inserimento in banche dati autorizzate e/o l'aggiornamento di archivi cartacei. Le informazioni in tal modo raccolte possono essere aggregate, incrociate e utilizzate cumulativamente;

Obbligo di comunicazione: La comunicazione dei dati è necessaria ai fini dell'ottenimento della prestazione assistenziale;

Comunicazione e diffusione: La comunicazione e la diffusione dei dati avverrà sulla base di norme e legge o di regolamento o, comunque, per l'esercizio di attività istituzionale;

Diritti dell'interessato: L'interessato ha diritto di conoscere, cancellare, rettificare, integrare, opporsi al trattamento dei dati personali nonché esercitare gli altri diritti riconosciuti dall'art.7 del D.lgs. 196/2003.

Data _____

Firma del dichiarante
