



Amministrazione destinataria

Comune di Ischia

Ufficio destinatario

Servizio 4

Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare

Il sottoscritto

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------|--|-------------------------------|---------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | | |
| Residenza | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Provincia | Comune | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare (SAD)

Tipologia

- SAD – H
 - Forma**
 - voucher da spendere presso fornitori del registro di ambito
 - forma indiretta
- SAD – A
 - Forma**
 - voucher da spendere presso fornitori del registro di ambito
 - forma indiretta

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

| | | | | | | | | | | | |
|--|--------|-----------|------------------|--|----------------|---------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | | |
| Residenza | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Provincia | Comune | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.) | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |

per il seguente motivo

Motivazione

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 il nucleo familiare del beneficiario è composto da

componente n. 1

| | | | | | |
|-----------------|--|-------|-----------------------|----------------|--|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza | |
| Stato civile | | | Rapporto di parentela | | |
| Professione | | | % Disabilità | | |

componente n. 2

| | | | | | |
|-----------------|--|-------|-----------------------|----------------|--|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza | |
| Stato civile | | | Rapporto di parentela | | |
| Professione | | | % Disabilità | | |

componente n. 3

| | | | | | |
|-----------------|--|-------|-----------------------|----------------|--|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza | |
| Stato civile | | | Rapporto di parentela | | |
| Professione | | | % Disabilità | | |

componente n. 4

| | | | |
|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile | Rapporto di parentela | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Professione | % Disabilità | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

di possedere il seguente ISEE

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Importo | Data di rilascio | Data di scadenza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| € | | |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

copia del certificato medico attestante la condizione di disabilità

copia del certificato di invalidità civile

copia della documentazione medica

copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

altri allegati

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

Ischia

Luogo

Data

il dichiarante