

Amministrazione destinataria

Comune di Nave

Ufficio destinatario

Ufficio servizi sociali

## Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
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				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<b>in qualità di (*)</b>									
Ruolo									

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

- per il seguente periodo

Data di inizio				Data di fine			

### attualmente residente in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP

### COMUNICA

la scelta dell'ente accreditato per il servizio di assistenza domiciliare

- Fondazione "Villa Fiori" RSA Onlus
- La Vela Società Cooperativa Sociale Onlus

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**

- le seguenti condizioni economiche ISEE del nucleo familiare ai fini dell'agevolazione sulla quota di compartecipazione

Importo ISEE	Data di rilascio	Numero di protocollo DSU
€		

- di non fornire le condizioni economiche ISEE e di essere consapevole che questo comporta l'applicazione della tariffa massima
- di accettare l'eventuale quota di compartecipazione ai costi del servizio, come da vigenti tariffe di contribuzione di accesso ai servizi socio-assistenziali
- di impegnarsi a corrispondere all'ente, nei termini stabiliti, l'importo richiesto sulla base del reddito ISEE, consapevole che, nel caso si fosse scelto di non presentare l'attestazione ISEE, questo comporterà l'applicazione della tariffa massima

**DICHIARA INOLTRE**

- di essere a conoscenza e di accettare che dal 01/02/2024 è entrato in vigore il nuovo Patto di Accreditamento biennale per il servizio SAD con opzione di rinnovo fino al 31/12/2027 e che la tariffa è la seguente:
- 22,60 € (IVA INCLUSA) per voucher di 50 minuti.
- di essere a conoscenza che il valore del voucher può variare ad ogni accesso dell'operatore ed è definito, a seguito di valutazione, dal coordinatore dell'ente accreditato scelto

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

Nave

Luogo

Data

Il dichiarante