



Amministrazione destinataria

Comune di Capannori

Ufficio destinatario

Ufficio Promozione Sociale - Servizi
Amministrativo-Contabili

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
					Interno
					Scala
					Piano
					SNC <input type="checkbox"/>
					CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

Soggetto interessato

- riferito a se stesso
 riferito alla persona di seguito specificata

soggetto interessato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)					

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

di poter usufruire del 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 il nucleo familiare del destinatario dell'intervento è così composto

componente n. 1

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela			

componente n. 2

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela			

componente n. 3

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela			

componente n. 4

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela			

- che i familiari non conviventi tenuti all'assistenza del destinatario dell'intervento (coniuge, genitori e figli) sono i seguenti

Cognome e nome	Data di nascita	Relazione di parentela	Telefono

- che il destinatario dell'intervento risulta essere titolare dei seguenti redditi mensili: (es. indennità di accompagnamento, pensione da lavoro, pensione di invalidità, ecc.)

Descrizione

- di essere a conoscenza che in caso di attivazione del Servizio, verrà richiesta la corresponsione da parte del beneficiario della quota di compartecipazione massima prevista per la prestazione

- di essere a conoscenza che nel caso di richiesta di prestazione sociale agevolata, la quota di compartecipazione sarà determinata sulla base della certificazione ISEE
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Settore Servizi alla Persona del Comune di Capannori ogni variazione in ordine a quanto dichiarato

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 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.

Capannori

Luogo

Data

il dichiarante