

Richiesta Servizio Assistenza Domiciliare (S.A.D.) ai sensi della Legge Regionale 23/2005

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n _____ piano _____

Tel _____ C.F. _____

CHIEDE PER SE / OVVERO PER

_____ cognome e nome _____

(relazione di parentela)

nato/a _____ il _____ residente a Olbia in via _____

_____ n _____ piano _____ c.f. _____

Telefono _____

Livello di Autosufficienza:

autosufficiente

allettato, deambulazione ridotta

Il Servizio Assistenza Domiciliare (S.A.D.) ai sensi della Legge Regionale 23/2005

Allega i seguenti documenti :

- Copia fotostatica di valido documento di riconoscimento ;
- Certificato medico secondo l' allegato modello
- certificato di invalidità e/o L. 104/92 art.3 comma 3.

N. B. leggere e sottoscrivere l'informativa sul trattamento dei dati nell'ultima pagina

Olbia li _____

Il/La Richiedente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a OLBIA Via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

che la propria famiglia è così composta:

(se l'ISEE richiesto è quello individuale andrà indicato il solo beneficiario del servizio)

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto con il dichiarante (moglie, marito, figlio, ecc.)

-che l'indicatore della situazione economica equivalente, di cui all'attestazione **ISEE** con

validità fino al _____, è pari ad € _____

N.B.

I DATI SU RICHIESTI SONO DA ESTRAPOLARSI DALL' ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA'

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Data _____

Firma

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, strumentali o connesse al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li

Firma per accettazione

Al fine dell'istanza finalizzata a richiedere il servizio di assistenza domiciliare

SI CERTIFICA CHE:

Il Sig. _____ nato a _____

Il _____ residente ad Olbia in via _____ n. _____

E' affetto dalle seguenti patologie:

TERAPIA DA ASSUMERE (nome farmaco e modalità di assunzione):

Non presenta malattie infettive;

Presenta malattie infettive

Timbro e firma del medico di medicina generale
