

Al Sindaco del Comune di _____

Oggetto: Domanda di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani - Anno 201__

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) CAP _____
in via _____ n. _____
telefono _____ codice fiscale _____
(*indicare solo se diverso dalla residenza*)
domiciliato/a a _____ (____) CAP _____
in via _____ n. _____
in qualità di (*barrare la voce che interessa*):

- persona anziana, in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria vita;
- familiare entro il 4° grado;
- persona esercente le funzioni legali di tutela dell'anziano (tutore/curatore/amministratore di sostegno);
- altra persona che di fatto si occupa dell'anziano

CHIEDE
di poter accedere al Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani

per la propria persona
 per il/la sig./sig.ra _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) CAP _____
in via _____ n. _____
telefono _____ codice fiscale _____
(*indicare solo se diverso dalla residenza*)
domiciliato/a a _____ (____) CAP _____
in via _____ n. _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA CHE IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

- ha già compiuto 65 anni;
- ha cittadinanza italiana di uno Stato aderente all'Unione Europea di uno Stato non aderente all'Unione Europea ed è in possesso di Permesso di Soggiorno ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 286/1998;
- ha un valore ISEE riferito all'anno di imposta 201__ pari a € _____;
- il nucleo familiare convivente e non convivente si compone di *

Cognome e nome	Grado di parentela	Residenza	Contatto telefonico

* Indicare: coniuge o convivente residente/non residente, familiari entro il 4° grado (figli, nipoti, affini, cugini), altro soggetto residente

- percepisce l'indennità di accompagnamento: NO SI
- ha in corso la domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile: NO SI (presentata in data.....)

IL DICHIARANTE infine

- ha preso visione e accetta tutte le condizioni riportate nel Regolamento Servizio Associato di Assistenza Domiciliare Anziani - SAD (Deliberazione Comitato Sindaci n.9 del 23/11/2011);
- si impegna a comunicare ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto qui dichiarato e a presentare ogni documentazione richiesta dal P.U.A. dell'Ambito Territoriale Sociale n.21 ai fini dell'attivazione del servizio richiesto;
- è consapevole che, in caso di attivazione del servizio di assistenza domiciliare anziani, il beneficiario o un suo familiare dovrà impegnarsi al pagamento dell'eventuale quota di compartecipazione al costo del servizio sottoscrivendo il PAI (Piano di Assistenza Individualizzato);
- si impegna a comunicare l'ottenimento dell'indennità di accompagnamento nel caso di attivazione del servizio di assistenza domiciliare anziani ed è consapevole che la quota di compartecipazione al costo del servizio sarà aumentata con decorrenza dalla data del riconoscimento.

Allega alla presente:

- **Copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;**
- **Copia del verbale di invalidità civile (se in possesso) e Certificazione medica attestante la situazione di parziale o totale non autosufficienza.**

_____, lì _____

Firma

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27.APR.2016 RELATIVO ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI E CHE ABROGA LA DIRETTIVA 95/46/CE (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 'GDPR', il Comune di San Benedetto del Tronto - comune capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 21 - nella qualità di Titolare del trattamento, la informa che i Suoi dati personali (di tipo comune, eventualmente se necessari di tipo particolare-sensibile e/o di tipo giudiziario), sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, ed in particolare per adempimenti relativi all'erogazione del servizio di cui all'oggetto del modulo di richiesta ed il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto di fornire gli stessi preclude l'accesso al servizio. In ogni momento Lei potrà chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei suoi dati, in riferimento agli art. da 15 a 23 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del GDPR. I contatti che può utilizzare sono, email: ambito21@comunesbt.it RUP Maria Simona Marconi, telefono: 0735-794236.

Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati dpo@studiopaciec srl.it - tel. 0541 1795431.

L'informativa privacy completa è disponibile presso il Settore politiche sociali, welfare dei cittadini e sviluppo strategico e presso il sito www.comunesbt.it

_____, lì _____

Firma per presa visione

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) presso il Distretto di San Benedetto del Tronto dell'Area Vasta 5 Asur Marche, Via Romagna n.7 Tel. 0735/793632

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO: Dott.ssa Simona Marconi, Coordinatore Ambito Territoriale Sociale 21 – Comune Capofila San Benedetto del Tronto, Viale De Gasperi n. 124 Tel: 0735/794341