Amministrazione destinataria

Comune di Lissone

Ufficio destinatario

Domanda di prestazioni socio assistenziali

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

CHIEDE

di poter accedere all'iter propedeutico per usufruire dei seguenti servizi

☐	centro diurno disabili (CDD)
☐	centro diurno integrato (CDI)
☐	centro socio educativo (CSE)
☐	residenza sanitaria disabili (RSD)
☐	residenza sanitaria assistenziale (RSA)
☐	comunità socio sanitaria (CSS)
☐	servizio di assistenza domiciliare (SAD)
☐	servizio di assistenza per emergenza abitativa, pertanto
	allega documentazione che attesta la condizione di prossima emergenza abitativa
☐	servizio di formazione all'autonomia (SFA)
☐	servizio di telesoccorso
☐	servizio di trasporto per anziani e disabili
☐	consegna pasti a domicilio
☐	contributi economici individuali, pertanto
	allega documentazione comprovante lo stato di necessità

Soggetto interessato

◯ per sè stesso

◯ per il seguente familiare o tutelato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

in qualità di *(*)*

Ruolo

In qualità di (*):
amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Piano**

per il seguente motivo
Motivazione richiesta
Servizi già attivati

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 oltre al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Professione

che la condizione economica del beneficiario risultante dall'ISEE socio-sanitario (ISEE socio-sanitario residenziale per maggiorenni per RSA, RSD e CSS)

Importo ISEE	Data di rilascio ISEE	Numero di protocollo DSU
€		

SI IMPEGNA

☑ in caso di accoglimento della presente, a segnalare, non oltre 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione delle condizioni di cui sopra ed a esibire qualunque documentazione richiesta dal Comune

Eventuali annotazioni

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 della documentazione che attesta la condizione di prossima emergenza abitativa
- ☐ copia della documentazione comprovante lo stato di necessità
- ☐ 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.

Luogo	Data	Il dichiarante
Lissone		