



Al Servizio Sociale del Comune di \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (OR)

**OGGETTO:** Domanda di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare S. A .P. ( Ovvero servizio Educativo scolastico e domiciliare )

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel/Cell \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per il/la proprio/a \_\_\_\_\_

(indicare il grado di parentela)

Nominativo \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Domiciliato a

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tel/Cell \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Di poter usufruire del Servizio di SAP e a tal fine**

**DICHIARA:**

- Di essere consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli art. 75/76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

- Di scegliere, per la fruizione dei servizi specificati in oggetto, la seguente Ditta/Impresa/Cooperativa \_\_\_\_\_ iscritta al

n. \_\_\_\_\_ dell'Albo dei Soggetti Accreditati nell'Ambito del Servizio SAP istituito presso il Comune di Gonnosnò;

- di essere a conoscenza che il mancato pagamento della quota contributiva comporterà la sospensione del servizio e il relativo recupero coatto;
- di essere informato che i dati acquisiti con la presente domanda saranno trattati e conservati dal Comune di Gonnosnò nel rispetto del D. Lgs. N° 196/2003 per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata. La raccolta è obbligatoria per la fase istruttoria del procedimento di organizzazione e attuazione del Servizio SAP e in assenza di essi il provvedimento finale non potrà essere emanato. Il responsabile del procedimento è il Responsabile del Servizio Sociale del Comune di Gonnosnò;
- che l'**Indicatore ISEE** relativo al nucleo familiare per l'anno \_\_\_\_\_ è pari a € \_\_, \_\_;
- di usufruire dei seguenti servizi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nessun intervento attivo

- Che nel nucleo ci sono beneficiari dei seguenti riconoscimenti:

Invalidità Civile (indicare nome del beneficiario \_\_\_\_\_)

Indennità di accompagnamento (indicare nome del beneficiario \_\_\_\_\_)

L. 104/92 (indicare nome del beneficiario \_\_\_\_\_)

di allegare:

Copia del Documento di Identità del Richiedente e del Beneficiario;

Attestazione I.S.E.E. in corso di validità;

Copia del verbale di riconoscimento dell'Handicap ai sensi della Legge 104/92;

Copia del verbale di riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento;

Copia del Verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile;

Certificazioni sanitarie attestanti le patologie.

certificazione sanitaria attestante sanitarie attestante la necessità di un servizio SAP ;

relazione/richiesta della scuola attestante la necessità di un servizio SAP ;

- Di acconsentire il **trattamento dei dati personali e sensibili D.lgs. 196/2003** in qualità di beneficiario del servizio, o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss. del D. Lgs 196/2003 informato del fatto che i propri dati personali e sensibili verranno registrati e trattati nel rispetto di principi di correttezza, leicità e trasparenza. Consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità e per le finalità sopra elencate.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Genitore o del tutore legale)