



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 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)