



COMUNE DI PONTOGLIO

PROVINCIA DI BRESCIA

(Ufficio Servizi Sociali)

Pontoglio lì

Spett.le Amministrazione
del Comune di Pontoglio
Assessorato ai Servizi Sociali

Oggetto: Attivazione Servizio Educativo Domiciliare in favore di Adulti Disabili

Utente

DATI DEL BENEFICIARIO

Il sottoscritto..... nato a(.....)
Il C.F.
Residente a Vian.....
Tel. Stato civile

CHIEDE

Di poter usufruire del **Servizio Educativo Domiciliare** per i seguenti motivi:

- Adulti portatori di handicap a rischio di emarginazione;
- Altro.....
.....

Il sottoscritto dichiara che il proprio nucleo familiare, risultante dallo stato di famiglia, è così composto:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Rapporto di parentela	Altro

Persona di riferimento per eventuali comunicazioni da parte dell'Ente

Cognome e Nome

Grado di parentela o relazione con l'interessato

Comune di residenza Prov.

Via n. Cap.

Recapito Telefonico

DICHIARA

Che i redditi del nucleo familiare, risultanti dall'attestazione ISEE ammontano a €.....

Altro

.....
.....
.....

NEL CASO NON VENGA PRESENTATA L'ATTESTAZIONE ISEE, L'UTENTE SARA' TENUTO A PAGARE LA TARIFFA MASSIMA PREVISTA NEL REGOLAMENTO

Con la presente il sottoscritto si impegna a versare la quota prevista a proprio carico secondo il regolamento vigente nel Comune di Pontoglio.

In Fede

.....
(firma del richiedente)

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

- La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, del coniuge o in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace minore da chi ne ha la rappresentanza legale

Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al "Dichiarante" è da intendersi come riferimento al soggetto minore o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DELL'INCAPACE O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome e Nome

Grado di parentela o relazione con l'interessato

Luogo di nascita..... Data di nascita

Comune di residenza Prov.

Via n. Cap.

Recapito Telefonico

Documento di riconoscimento n.

(allegare fotocopia del documento)

Pontoglio.....

Firma.....

Informativa ai sensi del D.Lgs. 30.03.2003 n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”.

Ai sensi del suddetto decreto La informiamo in merito a quanto segue:

Il trattamento dei suoi dati personali è indispensabile ai fini dell'erogazione del servizio da Lei richiesto e viene realizzato dal personale dei servizi sociali nonché da personale dei servizi socio-sanitari del territorio anche con l'ausilio di mezzi informatici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a

Acconsente al trattamento dei dati personali finalizzati all'erogazione della prestazione richiesta.

Firma

Data.....

.....

N.B. con la presente il sottoscritto si impegna a fornire su indicazione verbale o scritta la documentazione che si riterrà necessaria per ulteriori approfondimenti della richiesta.