

	Amministrazione destinataria Comune di Osnago  Ufficio destinatario Ufficio protocollo	
---	--	--

## Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare, teleassistenza e telesoccorso

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

in qualità di genitore o esercente la responsabilità genitoriale, del minore									
Cognome			Nome				Codice Fiscale		
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza		

### CHIEDE

di poter usufruire del seguente servizio

<input type="radio"/>	assistenza domiciliare per anziani e disabili, SAD e SADH	
	con decorrenza dal giorno	al giorno
<input type="radio"/>	servizio di teleassistenza o telesoccorso	
	con decorrenza dal giorno	al giorno

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

- di impegnarsi ad avvisare tempestivamente se per qualsiasi motivo è necessario interrompere temporaneamente o definitivamente il servizio
- di impegnarsi a versare la quota a proprio carico, se prevista, secondo le indicazioni fornite dal Comune di Osnago
- di aver preso visione ed accettare i criteri previsti dai titoli VI, VII e VIII del vigente "Regolamento comunale dei servizi sociali e alla persona"

**Eventuali annotazioni****Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input checked="" type="checkbox"/>	copia del documento d'identità e codice fiscale dell'interessato
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del certificato di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	copia della certificazione medica attestante handicap grave
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	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)*

<input type="checkbox"/>	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.
--------------------------	--

Osnago

Luogo

Data

Il dichiarante