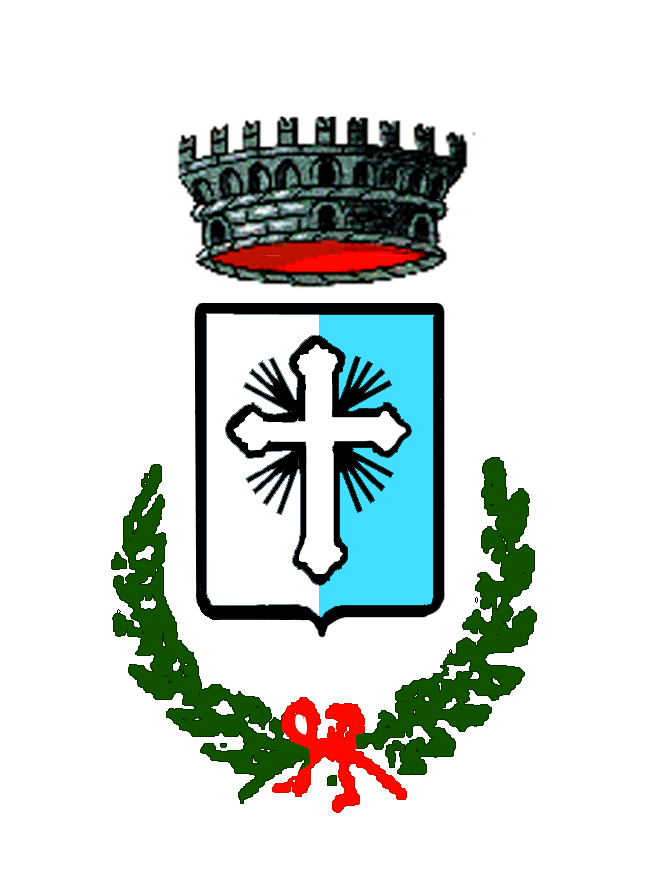
****

**COMUNE DI BAGNOLO DI PO**

**Provincia di Rovigo**

Piazza Marconi, 159-Telefono 0425-704002 Fax 704424 C.F. 82001890290 P.I. 00562790295

Email: [protocollo@comune.bagnolodipo.ro.it](mailto:protocollo@comune.bagnolodipo.ro.it) - Pec: [protocollo@pec.comune.bagnolodipo.ro.it](mailto:protocollo@pec.comune.bagnolodipo.ro.it)

AL COMUNE DI BAGNOLO DI PO

Piazza Guglielmo Marconi n. 159

45022 BAGNOLO DI PO RO

# OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)

La/Il sottoscritta/o

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | | Nome |  |
| nato a |  | | il |  |
| Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Documento di identità n. |  |

Residenza Anagrafica

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Via /Piazza |  | n. civico | |  |
| Comune |  | Provincia | |  |
| Telefono |  | |  |  |

In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (familiare, tutore/curatore del beneficiario se questo è interdetto /inabilitato ovvero amministratore di sostegno, persona che collabora per l’assistenza)

## CHIEDE

## l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

##  In favore di sé stesso

 In favore di

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | | Nome |  |
| nato a |  | | il |  |
| Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Documento di identità n. |  |

Residenza Anagrafica

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Via /Piazza |  | n. civico | |  |
| Comune |  | Provincia | |  |
| Telefono |  | |  |  |

*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

domiciliato a

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Via /Piazza |  | n. civico | |  |
| Comune |  | Provincia | |  |
| Telefono |  | |  |  |

Medico di Medicina Generale Dr. o Dr.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha usufruito e/o usufruisce di altri interventi/servizi: Si  No 

Specificare quali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, il sottoscritto

**DICHIARA**

* che l’Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del proprio nucleo familiare, riferito ai redditi dell’anno 201\_\_, è pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere nel seguente stato di bisogno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* **di accettare la compartecipazione al costo del servizio, calcolato in base all'ISEE (a cura dell'Ufficio Servizi Sociali), costo orario del servizio per l'assistito/a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**
* di impegnarsi a fornire all’Ufficio Servizi Sociali tutta la documentazione necessaria ai fini istruttori anche mediante autocertificazione;
* di essere a conoscenza che l’Amministrazione potrà eseguire gli opportuni controlli sulle autodichiarazioni effettuate;
* di essere consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall’Amministrazione Comunale verranno applicate le sanzioni penali previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

**Allegati da presentare:**

- copia dell'ISEE e della Dichiarazione Sostitutiva Unica;

- copia documento di identità del richiedente e del beneficiario;

- copia del Decreto di nomina di Amministratore di sostegno o di Tutore/Curatore;

- copia del permesso di soggiorno o della carta di soggiorno;

La/Il sottoscritta/o prende atto che i dati personali verranno trattati in conformità con quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196.

*\* firma da apporre direttamente alla consegna della domanda alla presenza del dipendente incaricato alla ricezione o da inviare unitamente a fotocopia di un documento di identità in corso di validità.*

Bagnolo di Po, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_