



Piano di Zona Sociale Ambito A04

Comune di Avellino
Piazza del Popolo, 1
Tel. 0825 200 557 - 324 - 316 - 280
pec: ufficioprotocollo@cert.comune.avellino.it



SCHEDA DI ACCESSO SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE

COMUNE DI:	ASSISTENTE SOCIALE:
-------------------	----------------------------

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE RELATIVA AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANAGRAFICA RICHIEDENTE (SE DIVERSO DALL'UTENTE)

COGNOME:	NOME:
LUOGO E DATA DI NASCITA:	PROV.: CAP:
RESIDENTE:	VIA/P.ZZA:
TEL. FISSO:	TEL. MOBILE:

CHIEDE IL SERVIZIO PER:

CONIUGE

GENITORE

ALTRO _____

COGNOME:	NOME:
LUOGO E DATA DI NASCITA:	PROV.: CAP:
RESIDENTE:	VIA/P.ZZA:
TEL. FISSO:	TEL. MOBILE:

AUTODICHIARAZIONE (AI SENSI DEL DPR 28 DICEMBRE 2000 N. 445)

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME:	NOME:
----------	-------

DICHIARO DI ESSERE:

NATO A: IL:	SESSO: M F
RESIDENTE A: PROV.:	VIA/P.ZZA:
TEL. FISSO:	TEL. MOBILE:
CELIBE / NUBILE CONIUGATO/A VEDOVO/A SEPARATO/A	

DI TROVARMİ IN UNA DELLA SEGUENTI CONDIZIONI:

NON AUTOSUFFICIENZA MALATTIA O INVALIDITÀ CERTIFICATA (L. 104/92): _____ SOLITUDINE	MANCANZA DI RETE FAMILIARE BISOGNO SOCIO-ASSISTENZIALE
--	---

DICHIARO ALTRESÌ CHE:

IL MIO NUCLEO FAMILIARE È COMPOSTO DA N° ____ IL MIO ISEE CORRISPONDE A: _____	Note:
--	-------

IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI

Il/La sottoscritta _____ consapevole di quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Data:

Firma

CONSENSO INFORMATO E AUTORIZZATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a: _____, acquisite le informazioni fornite ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003,

PRESTA IL SUO CONSENSO

NEGA IL SUO CONSENSO

al trattamento ed alla comunicazione dei dati relativi al presente atto ed alle attività ad esso connesse quale:

DIRETTO INTERESSATO

SOGGETTO AVENTE RAPPRESENTANZA LEGALE

SOGGETTO ESERCITANTE PATRIA POTESTÀ

TUTORE LEGALE

Inoltre, consapevole che i dati personali e ogni tipo di informazione sulla persona verrà trattata secondo quanto previsto dal D. Lgs n° 196 del 30/06/2003.

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

Il trattamento dei dati relativi alla persona.

Data:

Firma