

	Amministrazione destinataria Comune di Nembro  Ufficio destinatario Servizi alla persona e alla famiglia	
---	--	--

## Domanda per l'erogazione del voucher per il servizio di assistenza domiciliare (SAD)

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico    CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata
Soggetto interessato					
<input type="checkbox"/>	per sè stesso				
<input type="checkbox"/>	per il seguente familiare o tutelato				
In qualità di (*)					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico    CAP
Medico di assistenza primaria					

In qualità di (\*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

### CHIEDE

Di accedere al servizio SAD tramite l'ente accreditato
--

Si specifica che il Servizio Sociale Comunale di riferimento, a seguito della valutazione di idoneità della domanda e dei bisogni rilevati, determinerà nel profilo individualizzato (PI) la tipologia e le modalità di intervento che verrà erogato dall'Unità d'Offerta prescelta; quest'ultima, sulla base delle prestazioni effettivamente erogate, rendiconta e fattura al beneficiario, come da contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici sottoscritto tra la Società Servizi Sociosanitari Valseriana e l'Ente Accreditato

### A TAL FINE

- dichiara di essere a conoscenza che la società potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti

**indica i dati di una persona di riferimento** (se diversa dal richiedente)

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>		<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>		<b>Cittadinanza</b>	
<b>Residenza</b>					
<b>Provincia</b>	<b>Comune</b>		<b>Indirizzo</b>		<b>Civico</b>
<b>Telefono fisso</b>		<b>Telefono cellulare</b>	<b>Posta elettronica ordinaria</b>		<b>Posta elettronica certificata</b>
<b>Grado di parentela</b>					
<input type="radio"/>	convivente				
<input type="radio"/>	non convivente				

**Eventuali annotazioni**

--

**Elenco degli allegati**

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

<input checked="" type="checkbox"/>	documentazione attestante la patologia
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno
<input checked="" type="checkbox"/>	profilo individualizzato del servizio sociale
<input checked="" type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input checked="" type="checkbox"/>	copia della dichiarazione ISEE
<input type="checkbox"/>	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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Nembro		
Luogo	Data	Il dichiarante