

	Amministrazione destinataria Comune di Polesine Zibello  Ufficio destinatario Ufficio servizi sociali	
---	---	--

## Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare (SAD)

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				

### CHIEDE

l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare

Soggetto interessato										
<input type="radio"/> per sè stesso										
<input type="radio"/> per il seguente familiare o tutelato										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza										
Comune	Provincia	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
In qualità di (*)										

*In qualità di (\*)*:

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

Medico curante									

per le seguenti prestazioni									
Servizi offerti					Frequenza				
<input type="checkbox"/>	alzata								
<input type="checkbox"/>	igiene personale								
<input type="checkbox"/>	mobilitazione								
<input type="checkbox"/>	bagno								
<input type="checkbox"/>	lavori domestici								
<input type="checkbox"/>	spesa e commissioni								
<input type="checkbox"/>	accompagnamento a visite								
<input type="checkbox"/>	accompagnamento a commissioni								

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

che i componenti del nucleo familiare del beneficiario sono

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)

*Grado di parentela (\*)*:

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

*Professione (\*\*)*:

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

Familiari di riferimento ed eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	scheda sanitaria
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Polesine Zibello		
Luogo	Data	Il dichiarante