



Amministrazione destinataria

Comune di Andria

Ufficio destinatario

Servizio Socio Sanitario

## Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'accesso al servizio di assistenza domiciliare socio assistenziale (SAD)

#### In favore di

- persone anziani
- minori diversamente abili
- adulti diversamente abili

#### Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)									

**per il seguente motivo**

Motivazione

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 il nucleo familiare del beneficiario è composto dalle seguenti persone che coabitano stabilmente con lo stesso

Cognome	Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela con il beneficiario

altri parenti altrove domiciliati

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Professione

**composizione del nucleo familiare e situazioni problematiche****Composizione nucleo familiare**

numero di minori da 0 a 3 anni compiuti alla data di presentazione della domanda

**Numero di minori**

numero di minori da 3 anni e un giorno a 6 anni compiuti alla data di presentazione della domanda

**Numero di minori**

numero di persone affette da grave malattia invalidante

**Numero di persone**

numero di persone in stato di gravidanza

**Numero di persone**

numero di persone con invalidità civile fino al 66%

**Numero di persone**

<input type="checkbox"/>	numero di persone titolari d'invalidità sulla base di certificazione rilasciata da qualsiasi altro ente diverso dalla commissione medica invalidi civili
	<b>Numero di persone</b>
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile dal 66% al 73%
	<b>Numero di persone</b>
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile dal 74% al 100%
	<b>Numero di persone</b>
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile al 100% con accompagnamento ovvero persone di età inferiore ai 18 anni titolari di indennità di accompagnamento
	<b>Numero di persone</b>
<input type="checkbox"/>	numero di persone di età inferiore ai 18 anni titolare di assegno di frequenza
	<b>Numero di persone</b>
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile perché "cieco ventesimista"
	<b>Numero di persone</b>
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile perché "cieco assoluto" o "sordomuto"
	<b>Numero di persone</b>
<input type="checkbox"/>	numero di persone riconosciute portatrici di grave handicap ai sensi della Legge 104/92 art. 3, comma 3 e art. 33 comma 3
	<b>Numero di persone</b>
<input type="checkbox"/>	che si tratta di nucleo familiare monogenitoriale per separazione, divorzio o decesso ovvero di un nucleo con madre nubile vivente in situazione di non convivenza con altri soggetti
<input type="checkbox"/>	numero di persone con specifiche e documentate gravi problematiche psichiatriche accertate dal centro di salute mentale
	<b>Numero di persone</b>
<input type="checkbox"/>	numero di persone con specifica e documentata dipendenza patologica accertata dal SERT
	<b>Numero di persone</b>

**DICHIARA INOLTRE**

- di aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica

Protocollo INPS	Data di rilascio	Data fine validità

- di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

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

copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile

copia del documento di identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

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)*

- 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.

Andria

Luogo

Data

il dichiarante