



Città di Seregno

Area Servizi alla Persona

Al Dirigente
Area Servizi alla Persona
Comune di Seregno

Oggetto: DOMANDA PER L'ACCESSO AI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI (CDD, CSE, SFA, LABORATORI...) a favore di _____

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
codice fiscale _____ stato civile _____
cittadino/a _____ Permessi di soggiorno SI NO Scadenza _____
residente nel Comune di _____ in Via _____ n. _____
telefono fisso _____ telefono cellulare _____
e-mail _____

Chiede l'accesso al Servizio

<input type="checkbox"/> Centro Diurno Disabili (CDD) _____ _____	<input type="checkbox"/> Centro Socio Educativo (CSE) _____ _____
<input type="checkbox"/> Servizio Formazione Autonomia (SFA) _____ _____	<input type="checkbox"/> Servizio Educativo Domiciliare (SEDH) _____ _____
<input type="checkbox"/> ALTRO _____	

per sé
 per conto del/la sig./sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____ stato civile _____
cittadino/a _____ Permessi di soggiorno SI NO Scadenza _____
residente in Via/Piazza _____
rapporto con il richiedente (AdS/Tutore/genitore/altro ...) _____

A tal fine consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere/che il beneficiario risulta essere invalido/a civile - grado invalidità _____ %;
- di essere/che il beneficiario risulta essere riconosciuto/a portatore/portatrice di handicap come definito dagli artt. 3 e 4 della Legge 104/92;
- di essere/che il beneficiario risulta essere iscritto/a nelle liste di collocamento mirato ai sensi della legge 68/99;

- di **RICHIEDERE il riconoscimento di una tariffa agevolata**, essendo in possesso dell'**Attestazione ISEE** per **PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE (*)**
 n. _____ del _____ valore € _____
 ovvero di **impegnarsi** a produrla entro 30 giorni dalla richiesta consapevole che in caso di mancata presentazione entro i termini sopra indicati verrà applicata la TARIFFA MASSIMA prevista;
 (*) per tali prestazioni, nel caso il beneficiario del servizio sia persona maggiorenne con disabilità o non autosufficienza, è possibile scegliere, se più favorevole, un nucleo familiare ristretto (ISEE NUCLEO RISTRETTO)
- di **NON voler predisporre l'Attestazione ISEE e di essere consapevole che in mancanza di tale documento verrà applicata la TARIFFA MASSIMA prevista;**

SI IMPEGNA INOLTRE

- ✓ a comunicare ogni eventuale variazione (composizione nucleo familiare, reddito) che possa modificare il calcolo della tariffa per l'accesso ai servizi o altro beneficio connesso;
- ✓ ad aderire e rispettare il progetto che verrà concordato con l'Assistente Sociale referente e a comunicare nuove necessità che possano modificare la progettualità concordata (Centro scelto/monte ore settimanale/ giorni frequenza.....);

ALLEGA

- FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ** del richiedente e del soggetto che sottoscrive l'autocertificazione;
- COPIA DELLA CERTIFICAZIONE RELATIVA AL RICONOSCIMENTO D'INVALIDITÀ CIVILE** del richiedente (Verbale della Commissione Medica rilasciato dall'A.S.L. ai sensi della Legge 104/92);
- COPIA della certificazione di cui alla Legge 68/99;**
- ATTO DI NOMINA DELL'ADS O DEL TUTORE;**
- ALTRO** _____

Seregno, ____/____/____

Firma del Richiedente

Assistente Sociale referente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI - PRIVACY

In osservanza a quanto stabilito dall'art. 9 del Regolamento UE 2016/679, al fine del trattamento dei dati sensibili, è richiesto il consenso del soggetto fruitore dei Servizi educativi domiciliari e/o semiresidenziali ovvero di un parente, del rappresentante legale (Amministratore di Sostegno, Tutore).

La sottoscrizione della presente, oltre che **per presa visione dell'informativa allegata**, costituisce espressione di libero, informato ed inequivocabile consenso al trattamento dei dati per le finalità descritte, ai sensi di quanto previsto dall'art. 7 Regolamento UE 2016/679.

Ricevuta e Letta l'informativa del Servizio allegata all'istanza il/la sottoscritto/a _____ in qualità di _____

ESPRIME IL CONSENSO **NON ESPRIME IL CONSENSO** al trattamento dei dati personali;

ESPRIME IL CONSENSO **NON ESPRIME IL CONSENSO** al trattamento dei dati sensibili.

Seregno, ____/____/____

Firma