

OGGETTO: Richiesta per il Servizio di Assistenza Domiciliare per persone con Disabilità (SADD)

Il /la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ in via _____ N° _____

N. Telefono _____ e-mail _____

C.F. _____

CHIEDE
l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare in favore di

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ in via _____ N° _____

N. Telefono _____ e-mail _____

C.F. _____

A tal fine, informo che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 artt. 46 e 47)

che il beneficiario si trova nella seguente situazione economica:

è in possesso di un reddito ISEE pari ad euro _____

- percepisce indennità di accompagnamento
 non percepisce indennità di accompagnamento

che il beneficiario si trova nella seguente situazione familiare:

- Persona con disabilità convivente con familiari maggiorenni e abili
 Persona con disabilità sola con figli residenti nel Comune
 Persona con disabilità sola con figli residenti fuori Comune
 Persona con disabilità convivente con familiari inabili e/o invalidi
 Persona con disabilità sola senza figli

che il beneficiario si trova nella seguente situazione abitativa:

proprietario dell'abitazione o in comodato d'uso

in locazione

Dichiara altresì **di non usufruire di prestazioni analoghe** da parte di altri enti Enti pubblici (es. progetto individualizzato, patto di servizio, patto di cura, home care premium, etc).

Si allegano:

- 1) Attestazione ISEE del nucleo familiare del beneficiario;
- 2) Copia del verbale rilasciato dalla “*Commissione medica per l'accertamento dell'handicap*” attestante la disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- 3) Documento d'identità del beneficiario;
- 4) Documento d'identità del richiedente;
- 5) Eventuale certificazione che attesti lo stato di disabilità/fragilità di familiari conviventi redatta da apposita commissione medica ai sensi della legge 104/1992 o rilasciata dal medico di medicina generale.

L'ISTANZA DEVE ESSERE PRESENTATA ENTRO IL 01.12.2025

- Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016** che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:
- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima, conservati presso le sedi competenti;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento Europeo;
- il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Belmonte Mezzagno;
- il responsabile protezione dati personali è il dott. Marco La Diega.

Data _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003, il Comune di Belmonte Mezzagno al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al servizio SADD.

Data _____

Firma _____