

**ALL. 2**  
**AL COMUNE DI BELMONTE MEZZAGNO**  
**SERVIZIO I – SERVIZI ALLA PERSONA**

**OGGETTO: Richiesta per il Servizio di Assistenza Domiciliare (SADD) per persone con disabilità - anno 2026**

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 Belmonte Mezzagno in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
n. telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

A tal fine, informato 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 e 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. home care premium, beneficio economico disabili gravissimi ai sensi del DPR 589/2018 in attuazione della L.R. 8/2017, etc*).

### **Si allegano:**

- Fotocopia del documento di riconoscimento del beneficiario e del richiedente;
- Attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
- Certificazione rilasciata ai sensi della Legge 104 art. 3 comma 3;
- 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 E NON OLTRE LE ORE 13,00 DEL 30.09.2026**

**(termine perentorio, per cui non saranno accettate domande pervenute dopo la suddetta scadenza)**

- 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 Diga.

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 \_\_\_\_\_