



# CITTÀ DI CORBETTA

Prov. di Milano

## Servizi Sociali

Servizi alla Persona

Via Roma, 17

Tel. 02/977.23.39 – 02/977.14.48 – Fax 02/974.85.110

Orario di apertura al pubblico:

Matt. 09.15/12.15 Lun Mer Ven

Pom. 14.00/19.00 Mer

Timbro Protocollo	<b>Per la consegna:</b> Ufficio Protocollo Via Cattaneo, 25 - Piano Terra nei seguenti orari: Matt. 09.00/12.30 da Lun a Ven Pom. 14.00/17.00 Lun 14.00/19.00 Mer
-------------------	---

Riservato all'Ufficio	
Resp.: Francesco Reina	Termine: 30 giorni
Proced. n.:	Proroga:

## RICHIESTA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data
Comune di residenza	Prov.	CAP
Recapito telefonico	Altro Recapito	Codi ce Fiscale
Piazza/Via	N. civico	

CHIEDE di poter usufruire delle seguenti prestazioni del Servizio di Assistenza Domiciliare:

- igiene personale
- bagno settimanale
- consegna pasti

- per se'  
*oppure*
- per il parente:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data
Comune di residenza	Prov.	CAP
Recapito telefonico	Altro recapito	Codice Fiscale
Piazza/Via	N. civico	

grado di parentela:  padre/madre  fratello/sorella  genero/suocera  
 altro \_\_\_\_\_

DICHIARA, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e dell'informativa prevista ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003:

- che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:
  1. il dichiarante
  2. cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_

3. cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_
4. cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_
5. cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_;

SI IMPEGNA inoltre:

- a pagare le tariffe approvate con atto di Giunta Comunale, allegando attestazione ISEE oppure dichiarazione sostitutiva unica  
*oppure*
- ad accettare il pagamento della fascia massima.

ALLEGA (*la domanda per essere completa dovrà essere corredata da tutti i documenti richiesti*):

- Questionario sociale;  
 Scheda di valutazione comportamentale;  
 Scheda sanitaria (da compilarsi a cura del medico curante) *oppure*  Certificazione sanitaria;  
 Eventuale attestazione ISEE *oppure*  Dichiarazione sostitutiva unica  
riferite ai redditi dell'anno precedente a quello di presentazione della richiesta  
(*solo per i cittadini residenti che richiedono di usufruire di tariffe agevolate*).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Note:

La presente richiesta, protocollata dal competente ufficio comunale, costituisce l'avvio del procedimento ai sensi dell'art. 7 della L. 241/90 e successive modifiche e integrazioni