



# CITTÀ DI CORBETTA

Prov. di Milano

## Servizi alla Persona

Via Roma, 17

Tel. 02/97204359 – 02/97204358 – Fax 02/97480187

Orario di apertura al pubblico:  
Matt. 08.30/12.00 Lun Mer Ven  
Pom. 16.00/18.00 Lun  
Pom. 16.00/19.00 Mer

Timbro Protocollo	<b>Per la consegna:</b> Ufficio Protocollo Via Cattaneo, 25 - Piano Terra nei seguenti orari: Matt. 8.30/12.00 da Lun a Ven Pom. 16.00/18.00 Lun 16.00/19.00 Mer
-------------------	--

Riservato all'Ufficio	
Resp.: Francesco Reina	Termine: 30 giorni
Ass. Soc.: Daniela Bettolini	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	
Piazza/Via	N. civico	
Codice Fiscale		

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	
Piazza/Via	N. civico	
Codice Fiscale		

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