

All'Ente gestore
del servizio di _____

RICHIESTA PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a			
Codice fiscale		Cittadinanza	
Nato/a a	Prov.	il	
Residente in	Prov.	CAP	
Via/Fraz/Loc.	n°		
Domicilio	Prov.	CAP	
Email	Telefono		

CHIEDE

<input type="checkbox"/> Per sé stesso			
<input type="checkbox"/> Per il/la sig./ra			
Codice fiscale			
Nato/a a	Prov.	il	
Residente in	Prov.	CAP	
Via/Fraz/Loc.	n°		
Domicilio	Prov.	CAP	
Con il quale ha un rapporto di			

- di poter usufruire di

<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/> Pasto caldo	<input type="checkbox"/> Lavanderia	<input type="checkbox"/> Altro
---	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

- che tutte le comunicazioni inerenti alla presente dichiarazione siano inviate al seguente recapito:

Cognome e nome			
Comune	Prov.	CAP	
Via/Fraz/Loc.	n°		
Email /PEC	Telefono		

Consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del DPR 445/2000, e presa visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web dell'Ente al quale è rivolta l'istanza o reperibile nei locali dello stesso,

DICHIARA

- medico curante dell'utente:

dott./ssa

- che l'utente vive da solo / con la propria famiglia;

SOTTOSCRIZIONE DI IMPEGNO DI COLLABORAZIONE
Tra il Servizio di Assistenza Domiciliare, l'utente ed i suoi parenti

Il servizio di assistenza domiciliare

SI IMPEGNA

- a svolgere la sua attività presso il domicilio del/la sig./ra _____
con le seguenti modalità:

per effettuare prevalentemente i seguenti interventi:

- a comunicare le variazioni di orario che dovessero rendersi necessarie per esigenze di servizio e a concordare eventuali soluzioni alternative.

Luogo e data _____

Per il servizio di assistenza domiciliare

Il/La sig.ra _____

SI IMPEGNA

- ad accettare le regole del servizio (modifiche di orario, sostituzioni, sospensioni per esigenze organizzative);
- altro (specificare):

Luogo e data _____

L'interessato/a

- famigliari o altre persone di riferimento dell'utente:

Parentela		
Nome e cognome	Codice fiscale	
Nato/a a	Prov.	il
Residente in		
Telefono	Email	

Parentela		
Nome e cognome	Codice fiscale	
Nato/a a	Prov.	il
Residente in		
Telefono	Email	

Parentela		
Nome e cognome	Codice fiscale	
Nato/a a	Prov.	il
Residente in		
Telefono	Email	

- quota di contribuzione (selezionare una delle seguenti opzioni):

di impegnarsi a consegnare la documentazione richiesta (ISEE) per la determinazione della quota di contribuzione entro il _____;

di rinunciare alla presentazione della propria dichiarazione ISEE necessaria ai fini della determinazione della quota di contribuzione a carico dell'utente e, pertanto, di garantire il versamento della quota massima prevista per i servizi di cui usufruisce;

- di essere a conoscenza che il pagamento della quota verrà effettuato mediante il seguente sistema di pagamento indicato dall'Ente: _____;

- ai sensi dell'art. 1292 c.c. quali soggetti solidalmente responsabili del pagamento della quota di contribuzione, che firmano congiuntamente il presente modulo, i seguenti:

_____;

- di aver ricevuto copia del regolamento disciplinante i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) in data _____, di averne preso visione e di accettarlo in ogni sua parte.

Luogo e data _____

Il/la dichiarante

I/il responsabili/e in solido

Se la dichiarazione non è firmata in presenza dell'addetto, allegare fotocopia di un documento d'identità dei sottoscrittori.