

Al Comune di Balestrate
Uff. Politiche Sociali

ANZIANI ULTRASETTANTACINQUENNI
Modulo per la Richiesta per l'accesso al Servizio di
Assistenza Domiciliare Sociale

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato a _____ il ____/____/____ Cod.fiscale _____

Tel _____

In qualità di: (barrare la casella di preferenza) Genitore ☐ Figlio ☐ Altro ☐

Chiede l'Attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare per Anziani in favore di:
(Barrare la sola casella di opzione)

☐ diretto interessato . "

☐ per conto di (Cognome e Nome) _____

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

Dichiara:

(Barrare la sottocasella di opzione) _____

☐ Che la richiesta è in proprio favore

☐ _____ ovvero _____

Che le generalità della persona per la quale si chiede l'attivazione del Servizio sono:

Nome e Cognome _____ nato a _____ il ____/____/____
residente a _____ in via _____ n. ____
C.F. _____ tel. _____

La persona per la quale si chiede l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare indica la scelta di uno dei Soggetti Accreditati alla gestione del Servizio di Assistenza domiciliare
ENTE SCELTO DAL BENEFICIARIO _____

- **Dichiara , altresì, ai sensi del GDPR n. 679/2016 e della normativa nazionale, di aver preso visione e letto l'informativa della presente dichiarazione, pubblicata sul sito del comune di Balestrate: www.comune.balestrate.pa.gov.it/privacy - assistenza domiciliare anziani**

Si allega alla presente domanda: Fotocopia di un documento di riconoscimento valido dell 'utente 'o di chi si presenta per richiesta della scelta della cooperativa.

Lì _____

Firma _____