

Spett.le COMUNE DI LONIGO  
Ufficio Servizi Sociali  
Via Castelgiuncoli, 5  
36045 L O N I G O

## **ISTANZA DI ATTIVAZIONE** **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

AI SENSI DEL REGOLAMENTO APPROVATO CON DELIBERA DEL COMMISSARIO PREFETTIZIO CON I  
POTERI DEL CONSIGLIO COMUNALE N. 40/2009

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento (tipo) \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **CHIEDE**

l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare

in proprio favore

in favore del/la Sig. /ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ indirizzo di  
residenza \_\_\_\_\_

indirizzo di domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

in qualità di (indicare il grado di parentela o l'eventuale nomina di Tutore o Amministratore  
di Sostegno) \_\_\_\_\_

e a tal fine, ai sensi degli artt. 45, 46 e 47 del D.P.R. 445/200 e consapevole delle sanzioni penali  
previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di false dichiarazioni,

### **DICHIARA**

*(il richiedente fornisce le seguenti dichiarazioni in nome e per conto del beneficiario, se diverso)*

- Di avere Cittadinanza Italiana, ovvero \_\_\_\_\_

- Di essere:

celibe/nubile

coniugato/a

separato/a

divorziato/a

vedovo/a

- Di essere: (barrare anche più voci interessate)

- invalido al \_\_\_\_\_ %
- disabile ai sensi della legge 104
- persona parzialmente non autosufficiente
- persona totalmente non autosufficiente
- altro: \_\_\_\_\_

- Che il proprio nucleo familiare risulta composto come dai registri anagrafici del Comune, ovvero come di seguito indicato:

NOME	DATA DI NASCITA	GRADO PARENTELA

- Che il proprio nucleo familiare attualmente non percepisce alcun reddito, ovvero percepisce i redditi di seguito indicati:

TIPO REDDITO	TITOLARE	IMPORTO MEDIO

- Che l'abitazione di residenza è:

- in affitto, per un canone di locazione mensile di Euro \_\_\_\_\_
- di proprietà (con rata mutuo mensile di Euro \_\_\_\_\_)
- goduta a titolo gratuito
- altro: \_\_\_\_\_

- Di richiedere l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare per un n. \_\_\_\_\_ ore settimanali, e per le seguenti necessità:

- igiene personale
- aiuto domestico
- supervisione e accompagnamento
- altro: \_\_\_\_\_

- Che l'ISEE (indicare se ordinario o sociosanitario) \_\_\_\_\_ risulta di Euro \_\_\_\_\_, come da attestazione rilasciata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, prodotta in base ai dati contenuti nella Dichiarazione Sostitutiva Unica con numero di protocollo \_\_\_\_\_ presentata in data in \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, e di essere consapevole che in base al valore ISEE e alla generale situazione economica dell'utente e della sua famiglia, il Comune applica una quota oraria di compartecipazione (massimo il 50%) alle spese del servizio;

- Di indicare quale persona di riferimento per ogni futura evenienza inerente il Servizio eventualmente concesso:

- il diretto beneficiario
- il richiedente (se diverso dal beneficiario)
- il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

- Di richiedere che ogni comunicazione relativa alla presente istanza venga trasmessa:

- all'indirizzo di residenza della persona richiedente
- all'indirizzo di residenza del beneficiario
- altro: \_\_\_\_\_

- Di richiedere che l'eventuale pagamento mensile della quota di compartecipazione alle spese del Servizio avvenga:

- mediante trasmissione mensile delle note di pagamento;

- Di essere consapevole che omissioni e false dichiarazioni sono motivo di rigetto della domanda ovvero di revoca del beneficio eventualmente concesso.

**ALLEGATI (eventuali)**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Lonigo, \_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

In base al regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR) “*ogni persona ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che la riguardano*”.

I trattamenti di dati personali sono improntati ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza dell'interessato e i suoi diritti.

Il Titolare del trattamento è il Comune di Lonigo presso il quale è stata presentata la pratica.

Il Responsabile della Protezione dei dati del Comune, a cui potrà rivolgersi per le questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è la Ditta BOXX APPS con sede Via della Stazione n.2 CAP 30020 - Marcon (Ve).

La finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali è lo svolgimento dell'istruttoria della pratica relativa alla domanda di attivazione del servizio di assistenza domiciliare.

I dati raccolti potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

I dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati, trattati da persone autorizzate, non saranno diffusi né comunicati, se non nei casi previsti dalla normativa nazionale o europea.

Ai sensi dell'articolo 5, par.1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, l'integrazione o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento.

La S.V. ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121, 00186 – ROMA, ovvero ad altra autorità europea di controllo competente.

Il conferimento dei dati è necessario per il corretto svolgimento dell'istruttoria e il mancato conferimento non consentirà l'attivazione del servizio richiesto.

IL RESPONSABILE DEL SETTORE  
Servizi alla Persona e alla Collettività  
F.to Dott. Andrea Pesavento

Lonigo, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente per presa visione**

\_\_\_\_\_