



**COMUNE DI TREZZANO S. N.
AREA SOCIALE**

Codice Fiscale 03029240151
Via Boito 5/7 - 20090 Trezzano S/N - Tel. 02/48418.260/267 - Fax 02/48.40.33.24

DOMANDA PER ASSEGNI DI CURA PER ANZIANI E DISABILI

Cognome e Nome	_____
Nato a	_____
Residente in	_____ via _____ n° _____
Scala	_____ citofono _____
Tel. Abitazione	_____ Tel. Cellulare _____
Codice Fiscale	_____
Cittadinanza	_____
Stato Civile	_____
N. Figli	_____

CHIEDE L'ATTRIBUZIONE DELL'ASSEGNO DI CURA

A favore di	_____
	(Specificare nome - cognome)
Nat ____ a	_____ il _____
Residente a	_____ in via _____
Scala	_____ citofono _____
Tel. Abitazione	_____ Tel Cellulare _____
CODICE FISCALE	_____



**COMUNE DI TREZZANO S. N.
AREA SOCIALE**

Codice Fiscale 03029240151

Via Boito 5/7 - 20090 Trezzano S/N - Tel. 02/48418.260/267 - Fax 02/48.40.33.24

Cittadinanza _____

Stato civile _____

n. di figli _____

Dichiara, sotto la propria responsabilità:

- di trovarsi in condizione di non autosufficienza (si allega certificazione ASL)
- di avere un reddito ISEE non superiore a € 17.000,00 (come da ISEE allegato)
- di essere assistito in maniera da:

(indicare con una x la casella prescelta)

- un familiare (indicare nome, cognome, residenza, recapito telefonico e grado di parentela) _____

- da un care-giver (specificare dati identificativi, residenza, codice fiscale e recapito Telefonico) _____

- da una badante (specificare dati identificativi, residenza, codice fiscale, recapito Telefonico e allegare copia contratto di lavoro) _____



**COMUNE DI TREZZANO S. N.
AREA SOCIALE**

Codice Fiscale 03029240151

Via Boito 5/7 - 20090 Trezzano S/N - Tel. 02/48418.260/267 - Fax 02/48.40.33.24

L'interessato dichiara di essere a conoscenza che l'erogazione del servizio è subordinato:

1. alle disponibilità finanziarie dell'Ente
2. alla predisposizione di un progetto assistenziale individuale, ad opera dei servizi sociali, che prevede anche lo svolgimento di indagini socio economica sul nucleo familiare ed eventuali soggetti parentali
3. all'autorizzazione all'accesso al servizio da parte del Responsabile Area Sociale

L'interessato dichiara inoltre di essere al corrente che l'erogazione dell'assegno di cura con scadenza mensile ha una durata di 12 mesi.

L'eventuale rinnovo del progetto, se del caso, è subordinato alla presentazione di una nuova domanda di accesso al servizio.

Inoltre, il sottoscritto, dichiara di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale, può procedere ad idonei controlli, anche a campione. Qualora, dal controllo effettuato emerga la NON veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici acquisiti ed incorre nelle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000.

DATA

FIRMA



**COMUNE DI TREZZANO S. N.
AREA SOCIALE**

Codice Fiscale 03029240151

Via Boito 5/7 – 20090 Trezzano S/N – Tel. 02/48418.260/267 – Fax 02/48.40.33.24

IL sottoscritto inoltre dichiara di impegnarsi a comunicare tempestivamente ai Servizi Sociali del Comune eventuali cambiamenti che la propria situazione socio-economica dovesse subire.

Dichiara infine di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 e della decadenza dei benefici concessi, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. qualora da controlli dovesse emergere la non veridicità delle dichiarazioni sottoscritte con la presente.

Si prende atto che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs n° 196/2003 i dati personali saranno utilizzati esclusivamente per l'adempimento degli obblighi concessi della presente istanza.

Titolare del Trattamento dei dati personali: Comune di Trezzano sul Naviglio

Responsabile del Trattamento dei dati personali: la Responsabile Area Sociale Dott.ssa Lisa Amicarella

Firma

Nome e Cognome del Richiedente

Data _____

Il sottoscritto..... acquisite le informazioni di cui all'art.13 del D. lgs 196/03 sulla tutela della privacy autorizza il trattamento, la diffusione e la comunicazione dei dati personali in conformità all'art.13 del D.lgs 196/03 sulla tutela della privacy e limitamente all'ambito e per i fini istituzionali propri della suddetta richiesta.

Data

Firma

Sede distaccata
Via Boito, 5/7
20090 Trezzano Sul Naviglio (MI)
tel. 02-48418.263/403/260
fax. 02-48.40.33.24

www.comune.trezzano-sul-naviglio.mi.it
mail : socioassistenziale@comune.trezzano-sul-naviglio.mi.it
Responsabile Area Sociale : D.ssa Lisa Amicarella
mail: lamicarella@comune.trezzano-sul-naviglio.mi.it