



Amministrazione destinataria  
Comune di Brembate di Sopra

Ufficio destinatario  
Ufficio in allestimento - Si prega di non  
utilizzare la modulistica presente in  
questa pagina

## Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare sotto forma delle seguenti tipologie di prestazioni e interventi

- aiuto per l'igiene della persona (1 ora e 30 minuti)
- aiuto per la cura della persona (1 ora e 30 minuti)
- assistenza al pasto (1 ora e 30 minuti)
- aiuto per il governo dell'alloggio abitativo e attività domestiche (1 ora e 30 minuti)
- socializzazione, vita di relazione e integrazione con il territorio (1 ora e 30 minuti)
- servizio sperimentale di sollievo domiciliare

**Soggetto interessato**

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>					
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>		<b>Cittadinanza</b>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
<b>Residenza</b>								
<b>Provincia</b>	<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Civico</b>	<b>Barrato</b>	<b>Scala</b>	<b>Piano</b>	<b>SNC</b> <input type="checkbox"/>	<b>CAP</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**in qualità di (\*)**

**Ruolo**

*In qualità di (\*):  
 amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale*

**per il seguente periodo**

**Dal**  **Al**

**nei seguenti giorni e fasce orarie (4 giorni della settimana)****Giorno**

<input type="checkbox"/> lunedì		
<b>Fascia</b>	<b>Dalle ore</b>	<b>Alle ore</b>
<input type="checkbox"/> mattina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> pomeriggio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> sera	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> martedì		
<b>Fascia</b>	<b>Dalle ore</b>	<b>Alle ore</b>
<input type="checkbox"/> mattina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> pomeriggio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> sera	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> mercoledì		
<b>Fascia</b>	<b>Dalle ore</b>	<b>Alle ore</b>
<input type="checkbox"/> mattina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> pomeriggio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> sera	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> giovedì		
<b>Fascia</b>	<b>Dalle ore</b>	<b>Alle ore</b>
<input type="checkbox"/> mattina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> pomeriggio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> sera	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> venerdì		
<b>Fascia</b>	<b>Dalle ore</b>	<b>Alle ore</b>
<input type="checkbox"/> mattina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> pomeriggio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> sera	<input type="text"/>	<input type="text"/>

sabato

Fascia

Dalle ore

Alle ore

mattina

pomeriggio

sera

domenica

Fascia

Dalle ore

Alle ore

mattina

pomeriggio

sera

### per un monte ore settimanale complessivo di

Monte ore settimanale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario è composto da

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)	% Disabilità (***)

#### Grado di parentela (\*)

adottato, bisnonno/bisnonna, cognato/cognata, convivente con vincoli di adozione affettivi, convivente in convivenza non affettiva, cugino/cugina, figliastro/figliastro, figlio/figlia, fratellastro/sorellastra, fratello/sorella, genero/nuora, intestatario, marito/moglie, nipote, nipote (collaterale), nipote (discendente), non definito/comunicato, nonno/nonna, padre/madre, patrigno/matrigna, pronipote (discendente), responsabile della convivenza non affettiva, suocero/suocera, tutore, unito civilmente, altro affine, altro parente

#### Professione (\*\*)

imprenditore libero professionista, dirigente impiegato, lavoratore in proprio, operaio e assimilati, coadiuvante, casalinga, studente, disoccupato/in cerca di prima occupazione, pensionato/ritirato dal lavoro, altra condizione non professionale

#### Disabilità (\*\*\*)

nessuna, 1%-33%, 34%-45%, 46%-50%, 51%-66%, 67%-74%, 75%-99%, 100%

che sono presenti le seguenti altre persone di riferimento per il beneficiario, esterne al nucleo familiare

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)	Disabilità (***)

Grado di parentela (\*)

adottato, bisnonno/bisnonna, cognato/cognata, convivente con vincoli di adozione affettivi, convivente in convivenza non affettiva, cugino/cugina, figliastro/figliastro, figlio/figlia, fratellastro/sorellastra, fratello/sorella, genero/nuora, intestatario, marito/moglie, nipote, nipote (collaterale), nipote (discendente), non definito/comunicato, nonno/nonna, padre/madre, patrigno/matrigna, pronipote (discendente), responsabile della convivenza non affettiva, suocero/suocera, tutore, unito civilmente, altro affine, altro parente

Professione (\*\*)

imprenditore libero professionista, dirigente impiegato, lavoratore in proprio, operaio e assimilati, coadiuvante, casalinga, studente, disoccupato/in cerca di prima occupazione, pensionato/ritirato dal lavoro, altra condizione non professionale

Disabilità (\*\*\*)

nessuna, 1%-33%, 34%-45%, 46%-50%, 51%-66%, 67%-74%, 75%-99%, 100%

che il beneficiario si trova nella seguente situazione

- invalidità civile; indennità di accompagnamento
- legge 05/02/1992 n. 104, art. 3, comma 1
- legge 05/02/1992 n. 104, art. 3, comma 3
- inoltrato domanda di accertamento invalidità civile e Legge 05/02/1992 n. 104 ma è in corso di valutazione
- non ha inoltrato alcuna domanda di accertamento dell'invalidità

di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- copia del documento di identità  
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della

Brembate di Sopra

Luogo

Data

il dichiarante