

	Amministrazione destinataria Comune di Novate Milanese Ufficio destinatario Ufficio servizi sociali	
---	--	--

Domanda di accesso alle prestazioni socio assistenziali

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Soggetto interessato											
<input type="radio"/> per sè stesso											
<input type="radio"/> per la persona di seguito specificata											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
In qualità di (*)											

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

CHIEDE

di valutare la possibilità che il soggetto interessato possa usufruire dei seguenti servizi o contributi socio assistenziali

Servizi o contributi	
<input type="checkbox"/>	casa di riposo e residenze sanitarie assistenziali (RSA)
<input type="checkbox"/>	centro diurno disabili (CDD)
<input type="checkbox"/>	centro diurno integrato
<input type="checkbox"/>	centro socio educativo (CSE)
<input type="checkbox"/>	comunità socio sanitaria (CSS)
<input type="checkbox"/>	servizio di assistenza domiciliare (SAD)
<input type="checkbox"/>	servizio di teleassistenza
<input type="checkbox"/>	servizio di formazione all'autonomia (SFA)
<input type="checkbox"/>	servizio di trasporto per anziani e disabili
<input type="checkbox"/>	comunità socio sanitaria (CSS)
<input type="checkbox"/>	residenza sanitaria disabili (RSD)
<input type="checkbox"/>	misure di sostegno all'affitto a seguito delle difficoltà economiche derivanti dall'emergenza Covid-19
<input type="checkbox"/>	servizio di riconoscimento dell'invalidità civile
<input type="checkbox"/>	contributo per il sostegno agli inquilini morosi
<input type="checkbox"/>	contributo economico individuale
<input type="checkbox"/>	consegna pasti a domicilio
<input type="checkbox"/>	contributo assistenti familiari
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)

Note

in quanto

Descrizione della situazione che motiva la richiesta del servizio o contributo

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | copia del documento di identità
<i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

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)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

Novate Milanese

Luogo

Data

Il dichiarante