

**Ambito Territoriale n° 7**  
**MANDURIA**

Al Comune  
di \_\_\_\_\_

**Oggetto: Richiesta del Servizio di Assistenza Domiciliare Territoriale (ADT) .**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_(TA) in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Trovandosi in condizioni di grave stato di bisogno, in quanto privo di supporti adeguati da parte di familiari, rivolge rispettosa istanza intesa ad ottenere l'assistenza domiciliare.

A tal fine **dichiara**, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole della sanzioni amministrative e della responsabilità penale cui può andare incontro ai sensi degli articoli 75 e 76 del citato decreto in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri, di possedere i seguenti requisiti.

**Il sottoscritto è consapevole che potrà essere sottoposto a controlli attivati dall'Amministrazione Comunale.**

**Requisiti**

- Compimento sessantacinquesimo anno di età;
- ridotto grado di autosufficienza fisica;

**il proprio nucleo familiare anagrafico è il seguente:**

N.	*** COGNOME e NOME	*** PARENTELA	*** DATA E LUOGO DI NASCITA	*** PROFESSIONE

Documentazione da allegare:

- documentazione ISEE, in corso di validità, riferita ai redditi anno 2007;
- documentazione medica attestante la condizione sanitaria (verbale di invalidità);

Dichiara altresì di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali anche sensibili ( D.Lgs. 196/03 privacy ) e dell'avvio del procedimento ( L. 241/1990 modificata dalla L. 15/05 ) sulla base delle indicazioni riportate in calce al presente modulo.

**Il sottoscritto è consapevole del fatto che la presentazione di una domanda incompleta, erroneamente compilata e/o mancante delle informazioni asteriscate (\*\*\*), comporta l'esclusione dalla graduatoria dei beneficiari.**

\_\_\_\_\_

Il/La Richiedente

**Informativa art. 13 D. Lgs. 30.6.2003 n. 196 ( privacy )**

<b>Titolare</b>	
<b>Responsabile</b>	
<b>Incaricati</b>	Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti _____ Assistente Sociale del Comune di _____
<b>Finalità</b>	I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria, definizione ed archiviazione dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse, inerente il trattamento di dati sensibili da parte di PP.AA. ai fini della erogazione della prestazione richiesta. I dati potranno essere utilizzati anche a fini di controllo, per altri procedimenti connessi ad interventi a carattere socio assistenziale di competenza del Servizio Politiche Sociali
<b>Modalità</b>	Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici. Per la conservazione dei dati sensibili verranno adottate apposite procedure.
<b>Ambito comunicazione</b>	I dati verranno utilizzati dall'Area _____. In particolare i dati possono essere comunicati all'Agenzia delle Entrate, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per accedere alla prestazione.
<b>Natura del conferimento dei dati</b>	Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati è la sospensione del procedimento
<b>Diritti</b>	L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge, ed infine il diritto di opposizione per motivi legittimi, come previsto dagli artt. 7 e seguenti del D. Lgs. n. 196/2003 rivolgendosi al Responsabile sopra specificato.

**Comunicazione avvio del procedimento Legge n. 241/1990 modificata dalla Legge n. 15/2005, art. 8**

<b>Amministrazione competente</b>	_____
<b>Oggetto del procedimento</b>	Assistenza Domiciliare Territoriale in favore dei cittadini anziani residenti nel Comune di _____.
<b>Responsabile procedimento</b>	Responsabile del procedimento Dott.ssa _____
<b>Inizio e termine del procedimento</b>	L'avvio del procedimento decorre dalla data di ricevimento presso il Servizio Protocollo, della presente domanda; i termini di conclusione del procedimento si concludono con la formulazione della graduatoria degli aventi diritto alla prestazione assistenziale.
<b>Ufficio in cui si può prendere visione degli atti</b>	Servizi Sociali nei giorni e negli orari di apertura al pubblico con le modalità previste dagli art. 22 e seguenti della L. 241/1990 come modificata dalla L. 15/2005 .