
	SER.S.A. Servizi Sociali Assistenziali S.r.l. 
	ACC SC 2 SAD BL - DOMANDA DI ACCESSO

Il/La sottoscritt _____, Telefono: _____

in qualità di: diretto interessato
 familiare
 tutore / curatore / amministratore

Chiede per:

Nome e Cognome: _____ : nat__ a _____

il _____ e residente a _____

in via _____ n. _____ n° telefonico _____

e-mail _____ codice fiscale _____

n° tessera sanitaria _____, Medico di base _____

persona di riferimento nome _____

cognome _____

grado di parentela _____

n° telefono _____

di poter usufruire delle seguenti prestazioni del Servizio di Assistenza Domiciliare:

- assistenza domiciliare (cura della persona, aiuto domestico, commissioni...)
- recapito pasti a domicilio
- _____
- _____

in qualità di anziano / inabile in età lavorativa.

A tal fine, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false o compiono atti fraudolenti al fine di procurare a sé o ad altri prestazioni previdenziali ed assistenziali, **DICHIARA**, ai sensi e per gli effetti della legge del 13 aprile 1977 n. 144 e successive modificazioni ed integrazioni, sotto la propria responsabilità:

- che il proprio nucleo familiare di stabile convivenza è composto da:

nome

grado di parentela

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Si impegna, infine, a segnalare al coordinatore del servizio qualsiasi variazione ai dati sopra dichiarati che dovesse subentrare nel corso dell'anno e a segnalare ogni eventuale sospensione o la conclusione del servizio.

Dichiara di aver preso visione del regolamento del SAD e delle tariffe e parametri ISEE applicati come da scheda informativa SAD.

In fede

data _____

_____ (firma del richiedente)

Impossibilitato a firmare per _____

Garante del regolare pagamento delle fatture e per eventuali dimissioni volontarie o d'ufficio è:

I Sig. _____ (relazione di parentela _____)

Residente a _____ via _____ N. _____

Tel. Fisso _____ Tel. Cell. _____

DICHIARA DI FAR FRONTE ALLE SPESE CON RISORSE PERSONALI

Belluno, _____ Firma del garante _____

- Non intendo presentare l'ISEE
 Accetto il pagamento tramite Sepa
 Richiedo che la fattura venga inviata al seguente indirizzo _____

Acquisite le informazioni fornite dal titolare in relazione alle finalità, ai modi ed ai diritti connessi con il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/03 e del Regolamento UE 2016/679, in qualità di interessato familiare/tutore/curatore/amministratore:

do il consenso

nego il consenso

all'intero trattamento dei dati personali-sensibili necessari per l'erogazione dei servizi secondo quanto contenuto nell'informativa fornitami (NATURA: OBBLIGATORIA)

do il consenso

nego il consenso

affinché durante lo svolgimento delle attività siano effettuate riprese video o audio al fine di attestare quanto svolto ovvero è finalizzato a scopi professionali/didattico/scientifici, fermi restando gli obblighi al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza (NATURA: FACOLTATIVA)

do il consenso

nego il consenso

affinché durante lo svolgimento delle attività siano effettuate riprese video o scatti fotografici finalizzati alla predisposizione di materiale divulgativo cartaceo, informatico o telematico inerente l'attività della Società Cooperativa Sociale Le Valli (esempio: Sito web, articoli sui quotidiani locali, ecc.). La scelta del materiale sarà attuata dal Responsabile del Servizio tenendo conto del rispetto della dignità ed il decoro della persona (NATURA: FACOLTATIVA)

L'utilizzo delle immagini è da considerarsi effettuato in forma gratuita

In fede _____