

COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA
SETTORE SERVIZI SOCIALI

__l__ Sottoscritt__
nato a _____ il ___/___/____ stato civile _____
residente a Sant'Antonio di Gallura, via/piazza _____ n. _____
Telefono _____ Codice fiscale _____

CHIEDE DI POTER BENEFICIARE DEL

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

- Per se
 o per _____
nat_ a _____ Il ___/___/____
residente a Sant'Antonio di Gallura, via/piazza _____ n. _____

Che venga attivato il Servizio di Assistenza Domiciliare.
In quanto

A tal fine allega la seguente documentazione:

- a) Certificato medico;
- b) Certificato rilasciato dalla Commissione per l'accertamento degli stati di invalidità civile;
- c) Modello ISEE;
- d) Fotocopia Carta d'identità.

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Sant'Antonio di Gallura, li _____

Il Dichiarante

RISERVATO ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OSSERVAZIONI

INTERVENTO
