



COMUNE DI FAGNANO OLONA
Provincia di Varese

Piazza Cavour n. 9 – 21054 Fagnano Olona (VA)

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE
Richiesta attivazione

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1, comma 1, lettera g) del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara:
nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____
residente a _____ in via _____
n° _____ CAP _____ Recapito telefonico _____

OPPURE

Il/La sottoscritto/a (cognome) (nome)
.....
Nato/a a..... (Prov.) il/...../.....
Residente a (Prov.) CAP

Via n° Tel. n°

GRADO DI PARENTELADI

Cognome,..... Nome

Nato/a a..... (Prov.) il/...../.....

Residente a FAGNANO OLONA..... (Prov. VA) CAP 21054

Vian° Tel. n°

DICHIARA

di trovarsi/ che il/la signore/a si trova nelle seguenti condizioni: (barrare le caselle interessate e completare con i dati richiesti)

- non avere familiari conviventi;
- di convivere con il/la sig./sig.ra _____
nata/o il _____ professione _____;
- di non avere discendenti di 1° o 2° grado;
- di avere discendenti di 1° o 2° grado residenti nel Comune di Fagnano Olona;
- di avere discendenti di 1° e 2° grado non residenti nel Comune Fagnano Olona;
- di essere stato/a riconosciuto/a invalido/a civile con la seguente percentuale _____;
- di avere una certificazione I.S.E.E. per l'anno _____ di € _____;
- di rinunciare alla presentazione della dichiarazione I.S.E.E. per la richiesta di prestazioni agevolate e di accettare la compartecipazione al 100% della spesa.

CHIEDE

di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare per (barrare le caselle interessate):

- effettuazione igiene personale;
- bagno;
- effettuazione igiene ambientale.

DICHIARA

di essere a conoscenza che:

1. l'orario della prestazione potrà subire variazioni in seguito ad assenze per malattia, ferie e permessi dell'operatrice;
2. il costo della prestazione è fissato in Euro _____ da corrispondere entro 30 giorni dal ricevimento della riversale emessa dal Comune Fagnano Olona;
3. è necessario avvisare tempestivamente l'Ufficio Servizi Sociali se si prevede di non usufruire del servizio per assenza a qualsiasi titolo, al fine di evitare l'addebito del costo della prestazione;
4. l'informativa privacy è pubblicata sul sito del comune di Fagnano Olona.

Fagnano Olona, li _____

IL DICHIARANTE _____