

**SPORTELLO UNICO**
Domanda di Servizi**La presente domanda di servizi viene presentata per:**

Cognome e Nome:	
Nato/a a:	il:
Residente a:	in Via:
Domicilio (indicare solo se diverso da indirizzo di residenza):	
Telefono:	Medico curante: Dr.
Codice fiscale:	Tessera sanitaria:

La persona di riferimento è:

Cognome e Nome:	
Grado di parentela:	Telefono:
Residente a:	in Via:

Per il seguente intervento

01	<input type="checkbox"/>	Assistenza Domiciliare
02	<input type="checkbox"/>	Pasto a domicilio
03	<input type="checkbox"/>	Trasporto
04	<input type="checkbox"/>	Centro Diurno
05	<input type="checkbox"/>	Accoglimento temporaneo in struttura residenziale
		(vedere elenco strutture)
06	<input type="checkbox"/>	Accoglimento definitivo in struttura residenziale
		(vedere elenco strutture)
07	<input type="checkbox"/>	Accoglimento definitivo in casa albergo (vedere elenco strutture)
08	<input type="checkbox"/>	Assistenza economica
09	<input type="checkbox"/>	Altro _____

Il richiedente è a conoscenza che potrà essere chiesta una partecipazione al costo dei servizi, secondo quanto previsto dal regolamento comunale.

DATA _____ FIRMA _____



TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici al fine dell'istruttoria relativa all'agevolazione richiesta. Per poter compiere il procedimento è indispensabile comunicare i dati previsti nel presente modulo; in caso di rifiuto il procedimento non potrà essere avviato. I dati personali raccolti saranno trattati dagli incaricati individuati dal responsabile del trattamento e potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla legge; essi non saranno trasferiti in paesi terzi. L'interessato ha diritto di esercitare tutti i diritti riconosciutigli dal capo III del Regolamento UE 2016/679, con l'eccezione dei diritti alla cancellazione e alla portabilità; egli ha diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo se ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il citato Regolamento. I dati saranno conservati presso l'archivio comunale che raccoglie e conserva sistematicamente tutti i dati trattati, ai sensi della normativa vigente, ai fini di archiviazione nel pubblico interesse. Titolare del trattamento è il Comune di Chiuppano, tel. 0445893142, e-mail sindaco@comune.chiuppano.vi.it; responsabile del trattamento è il dottor Luigi Alfi di, Segretario Comunale.

DATA _____

FIRMA _____

[sottoscrizione non autenticata, ma corredata da copia fotostatica del documento di identità del firmatario (art. 38, c. 3, del D.P.R. n. 445/2000) o sottoscritta dinanzi al dipendente abilitato a ricevere l'istanza]

NOTE DELL'OPERATORE CHE RACCOGLIE LA DOMANDA

La domanda è stata accolta da:

Operatore (cognome e nome) _____ (qualifica) _____

1. Tipologia trasporto sociale di disabili, anziani o persone in stato di bisogno residenti a Chiuppano richiesto:

trasporto all'interno del territorio comunale

- **il giorno** _____ **con partenza ore** _____ **e ritorno previsto alle ore** _____;
- **nei giorni di** _____ **con partenza ore** _____ **e ritorno previsto alle ore** _____;

trasporto con destinazione fuori Comune

- **il giorno** _____ **con partenza ore** _____ **e ritorno previsto alle ore** _____;
- **nei giorni di** _____ **con partenza ore** _____ **e ritorno previsto alle ore** _____;

2. Tariffa a carico dell'utente

Gratuità trasporto all'interno del territorio comunale

Esonero, per il trasporto con destinazione fuori Comune per gli utenti il cui reddito familiare è inferiore al minimo vitale, (I.S.E.E.) così come determinato per la tariffa relativa al servizio di assistenza domiciliare in vigore, e di seguito specificato:

NUCLEO FAMILIARE	I.S.E.E. pari o inferiore ad euro
Persona sola	€ 7.781,93
Nucleo di 2 persone	€ 8.426,29
Nucleo di 3 persone	€ 9.155,21
Nucleo di 4 persone	€ 9.806,50

Qualora nel nucleo familiare siano presenti minori, per ciascuno di essi dovrà essere prevista una maggiorazione del 40% dell'importo di riferimento.

In presenza di altri adulti, la quota dovrà essere maggiorata di un importo pari al 70% della pensione base cad.

Valore ISEE utente _____ (attestazione allegata alla domanda)

Tariffa a carico utente, per il trasporto con destinazione fuori Comune, € 0,30 per Km percorso.

Valore ISEE utente _____ (attestazione allegata alla domanda)

Esonero, per il trasporto con destinazione fuori Comune, a seguito valutazione e relazione Assistente Sociale.

Accordi presi/Informazioni e/o materiale informativo fornito dall'utente: _____

L'utente usufruisce già di servizi sociali e/o sanitari?

Si (specificare) _____

No

La domanda viene inoltrata per competenza a:

Cognome e nome _____ qualifica _____

Ente di appartenenza _____

DATA _____

FIRMA _____