

Spett.le Area Servizi alla Persona
Via Rocca 2/a
24055 - Cologno al Serio (BG)

Oggetto: richiesta del Servizio di Assistenza Domiciliare

Il sottoscritto nato a il Provincia di e residente a Provincia di
in Via/P.zza , n. tel. Codice Fiscale Medico di base

CHIEDE

- di poter fruire del Servizio di Assistenza Domiciliare. Le prestazioni richieste sono finalizzate a
- OPPURE: di richiedere una variazione delle ora di assistenza già usfruite
- di essere invalido: (in caso di risposta affermativa va allegato il verbale di invalidità)
- frequenza dell'intervento (indicare frequenza settimanale e durata richiesta):
- data richiesta inizio intervento:
- di utilizzare per l'intervento/eventuali sostituzioni la cooperativa accreditata dell'azienda "Solidalia" (indicare la cooperativa prescelta):

INDICARE CON X LA COOPERATIVA PRESELTA	COOPERATIVA SOCIALE	SEDE	
	COOP. SOCIALE CITTA' DEL SOLE	TREVIGLIO (BG)	VIA CANONICA N. 7
	CONSORZIO CUMSORTIS - SOL.CO BASSA BERGAMASCA	TREVIGLIO (BG)	VIA CARAVAGGIO N. 45
	CONSORZIO DOMICARE	ROMANO DI LOMBARDIA (BG)	VIA BALILLA, 14

Indico nominativo e recapito telefonico dei parenti o dei referenti che si possono contattare:

Sig. grado di parentela .

All' uopo dichiara che la famiglia convivente si compone come sotto:

<i>Cognome e Nome</i>	<i>Data e Luogo di Nascita</i>	<i>Rapporto di Parentela</i>

Ai fini del pagamento del servizio richiesto, informato sulle modalità previste dal regolamento comunale per l'erogazione delle prestazioni sociali agevolate e sulle fasce ISEE attualmente vigenti, dichiara altresì quanto segue (barrare la casella che interessa):

di voler usufruire di tariffa agevolata, calcolata sulla base del valore ISEE del proprio nucleo familiare, così come determinato dall'allegata dichiarazione;

di non voler usufruire di tariffa agevolata e di essere inserito d'ufficio nella fascia ISEE che prevede "costo 100% a carico dell'utenza".

Dichiaro inoltre di scegliere la seguente modalità di pagamento del servizio:

- L'ADDEBITO AUTOMATICO IN CONTO CORRENTE compilando il modulo allegato;
- BONIFICO BANCARIO o PAGAMENTO DIRETTO presso l'Ufficio Scrivente o presso l'agenzia di Cologno al Serio della Banca BANCO BPM;

Dichiara, inoltre, di essere consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 445/00

Il sottoscritto, ai fini dell'erogazione del servizio richiesto e informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati, esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi ai sensi del D. Lgs 196/03.

Cologno al Serio,

Pratica ricevuta da:

Il richiedente

**DATI DEL SOTTOSCRITTORE IN CASO DI IMPOSSIBILITA'
A FIRMARE DEL RICHIEDENTE**

Il sottoscritto nato a _____ Provincia di _____ e residente a _____ Provincia di _____
in Via/P.zza _____ n. _____ tel. _____ - in qualità di _____ (indicare il rapporto di parentela
con il richiedente la prestazione) sottoscrive la presente richiesta essendo il richiedente
impossibilitato per _____ (riportare la motivazione).