



**COMUNE DI ARIANO NEL POLESINE**  
**(Provincia di Rovigo)**  
**Comune del Parco Regionale Veneto Delta del Po**

**SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Al Sig. Sindaco del Comune di  
ARIANO NEL POLESINE

Prot. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ (*familiare, persona che  
collabora per l'assistenza, assistito, ....*)

**presenta domanda per :**

accedere al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata erogato dal Comune  
di Ariano nel Polesine.

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) del Codice della privacy (D. Lgs. 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute:

- 1) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone competenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa l'inoltro della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- 2) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con il personale preposto ai compiti dell'assistenza;
- 3) che il valore dell'ISEE del nucleo familiare di residenza anagrafica della persona assistita, esclusa soltanto l'eventuale assistente familiare convivente, ricavato dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica o certificazione in corso di validità, e riferiti ai redditi dell'anno \_\_\_\_\_, è di € \_\_\_\_\_;

## 1. DATI RELATIVI ALLA PERSONA DA ASSISTERE

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

codice sanitario \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Medico di famiglia generale

Dott. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ dichiara il proprio consenso, ex L. 675/96, al trattamento da parte della Regione Veneto e del Comune di Ariano nel Polesine dei propri dati personali, raccolti a seguito della compilazione della presente istanza, al fine dell'erogazione del contributo richiesto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_