

# **MODULO DI RICHIESTA ATTIVAZIONE SAD E/O PASTI A DOMICILIO**

**Al SINDACO del Comune di  
NOVENTA VICENTINA**

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

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

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**PER SE' STESSO**

ovvero

**IN NOME E PER CONTO DI** \_\_\_\_\_

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

residente a Noventa Vicentina in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

in qualità di (*indicare a che titolo si presenta l'istanza per conto della persona interessata*)

\_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

(*barrare una delle opzioni o entrambe*)

**L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

**L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO PASTI A DOMICILIO**

e a tal fine, consapevole delle responsabilità penali per le dichiarazioni mendaci ai sensi degli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000 che prevedono la decadenza dei benefici e l'obbligo di denuncia all'autorità competente,

## **DICHIARA**

(*se l'istanza è presentata da un soggetto terzo, inserire le informazioni riferite alla persona interessata*)

- **di essere** (*barrare una delle opzioni*)

pensionato

disoccupato

occupato (*indicare la professione*): \_\_\_\_\_

altro (*indicare eventuali specifiche categorie di condizione lavorativa*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



- che i seguenti componenti della famiglia presentano una condizione di invalidità/disabilità:

COGNOME E NOME	SPECIFICAZIONE TIPO DISABILITA'/INVALIDITA'

- che il valore ISEE del proprio nucleo familiare di cui all'attestazione ISEE con numero di protocollo \_\_\_\_\_ risulta di Euro \_\_\_\_\_

- che il nominativo del Medico di Medicina Generale è il seguente:

\_\_\_\_\_

- di richiedere che tutte le comunicazioni relative alla presente istanza nonché, in caso di accoglimento della richiesta, tutte le comunicazione relative al pagamento dei costi applicati, siano trasmesse (*barrare una delle opzioni*):

- alla persona beneficiaria del servizio richiesto;
- alla persona che presenta l'istanza (se diversa dalla persona beneficiaria del servizio richiesto);
- ad altra persona (*indicare nominativo e recapiti*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- che la situazione relativa alle possibilità di supporto da parte della rete familiare è la seguente (*indicare chi sono i principali familiari non conviventi, se e quanto supporto forniscono e, in caso di assenza di supporto, indicare le motivazioni*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- di fornire le seguenti ulteriori informazioni utili a definire la necessità di intervento del

Comune: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **ALLEGA** (allegati presentati facoltativamente o su espressa indicazione dell'Ufficio)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Informativa Privacy al link seguente:

<https://www.comune.noventa-vicentina.vi.it/portals/1152/SiscomArchivio/8/InformativaprivacyAGGIORNATAFEBBRAIO2022sito.pdf>

NOVENTA VICENTINA, lì \_\_\_\_\_

**FIRMA (1)**

\_\_\_\_\_

**(1) Se l'istanza non è sottoscritta in presenza del dipendente addetto, è obbligatorio allegare copia del documento d'identità.**

**SPAZIO RISERVATO AL COMUNE**

Il/La sottoscritto/a dipendente attesta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del DPR 445/2000, che la firma del/della dichiarante, riconosciuto/a a mezzo \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato/a da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
è stata apposta in sua presenza.

**FIRMA**

\_\_\_\_\_