

**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE  
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ( SAD)**

**IL Sottoscritto**

Nome e cognome \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso M F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

domicilio (se diverso dalla  
residenza) \_\_\_\_\_

**CHIEDE  
DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)**

**In qualità di**

- DIRETTO INTERESSATO
- FAMILIARE Grado di parentela \_\_\_\_\_
- SERVIZIO esterno \_\_\_\_\_ Nominativo Segnalante \_\_\_\_\_
- Ruolo \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO Decreto di nomina n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- TUTORE Decreto di nomina n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- CURATORE Decreto di nomina n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Dati della persona per cui è richiesta l'attivazione del Servizio (se diverso dal richiedente)**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso M F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

#### **A TAL FINE IL RICHIEDENTE DICHIARA**

- Di essere informato sulle modalità di partecipazione ai costi del servizio, di accettarle e di impegnarsi a presentare la documentazione richiesta;
- Di impegnarsi al pagamento della tariffa del Servizio, nelle forme e secondo le modalità stabilite dalla Fondazione il Cerchio Onlus,
- Di essere a conoscenza che, ai sensi dall'art 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, La Fondazione potrà procedere a idonei controlli volti ad veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art 76.

- **Si allega certificazione ISEE in corso di validità**
- **Quota assistenza famiglia €.** \_\_\_\_\_
- **Da versare a seguito di fattura mensile presso :**  
**BCC DI BUSTO GAROLFO :**  
**FONDAZIONE IL CERCHIO ONLUS**  
**IBAN IT 54 0 08404 32690 000000020464**

**Note** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma del  
richiedente \_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi dell'art 13 D. Lgs. 196/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento da parte del personale, La informiamo di quanto segue : 1) il titolare del trattamento è la Fondazione il Cerchio Onlus; 2) il trattamento è indispensabile e obbligatorio, nell'ambito delle funzioni istituzionali, ai fini dell'erogazione del servizio di assistenza domiciliare; 3) il trattamento è realizzato dal personale dell'Ufficio Amministrativo; 4) Alla Fondazione , ai sensi degli art. 18-22, è consentito il trattamento dei dati per lo svolgimento delle sue funzioni nei limiti della legislazione vigente, dello Statuto e dei Regolamenti; 5) l'interessato gode dei diritti di cui all'art 7, fra cui l'accesso ai dati che lo riguardano, nonché il diritto di rettificare, aggiornare, opporsi o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Considerato che il/la

Signor/ra \_\_\_\_\_

Non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di

- familiare
- amministratore di sostegno
- tutore
- curatore

**Acconsente**

Al trattamento dei dati assumendosi ogni responsabilità a riguardo

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Via ALFREDO Di Dio 14  
20038 BUSTO GAROLFO (MI)

TEL. 0331-536944/6

MAIL: [INFO@RESIDENZASANREMIGIO.IT](mailto:INFO@RESIDENZASANREMIGIO.IT)

[WWW.RESIDENZASANREMIGIO.IT](http://WWW.RESIDENZASANREMIGIO.IT)