

AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

**MODULO ACCESSO AL SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE DI CENTRO DIURNO PER DISABILI  
SITO IN VIALE PIETRO NENNI - MACOMER**

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ residente in via/piazza \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
domiciliato (da compilare solo nel caso in cui il domicilio sia diverso dalla residenza) in via/piazza  
\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
in qualità di

- destinatario dell'intervento                       genitore  
 tutore     curatore

di (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ domiciliato (da compilare  
solo nel caso in cui il domicilio sia diverso dalla residenza) in via/piazza  
\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- di avere accesso al servizio semiresidenziale di centro diurno per disabili situato in viale Pietro Nenni a Macomer, aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 14:00;
- di avere accesso al servizio semiresidenziale di centro diurno per disabili situato in viale Pietro Nenni a Macomer, aperto quattro pomeriggi alla settimana dalle ore 15:30 alle ore 18:30;
- di poter usufruire del servizio mensa (totalmente a carico del richiedente).

A tale scopo allega alla presente:

- stato di famiglia (autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n°445);
- residenza;
- situazione economica e patrimoniale (ISEE SOCIOSANITARIO - RESIDENZE);
- situazione reddituale e patrimoniale di eventuali parenti tenuti per legge a concorrere alle spese (art. 433 Codice Civile);
- certificati medici attestanti le condizioni di salute dell'interessato sia fisiche che psichiche;

In fede

Luogo e Data

Firma

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N° 196**

*Ai fini di quanto prevede la normativa sulla privacy dichiara:*

- di aver ricevuto le informazioni di cui al D. legislativo n. 196/2003;
- che la persona beneficiaria del servizio/dei servizi è a conoscenza dell'inoltro della presente domanda;
- di acconsentire al trattamento delle informazioni della persona per la quale si presenta domanda di servizi, della persona di riferimento e personali nel corso dell'elaborazione del progetto;
- di essere stato informato che i dati sopra indicati sono necessari ai fini istituzionali per la fornitura dei servizi socio/assistenziali richiesti. La mancata conoscenza dei dati suddetti comporta l'impossibilità di accogliere la richiesta.
- di autorizzare la comunicazione di tali dati anche a soggetti terzi ai soli fini istituzionali di:

- 1) prevenzione
- 2) cura
- 3) riabilitazione
- 4) inserimento sociale
- 5) statistica
- 6) epidemiologia

*nonché per i correlati adempimenti amministrativi; in particolare i soggetti terzi che compongono la rete dei servizi comprendono:*

- Comune di Residenza o Consorzio di Comuni;
- Azienda Ulss coinvolte nel servizio;
- Strutture Residenziali e Semiresidenziali pubbliche o private;
- Cooperative convenzionate;
- Regione Sardegna;
- Soggetto attivo del trattamento dati è il **COMUNE DI** \_\_\_\_\_
- Responsabile del trattamento dei dati è il **Responsabile del Servizio** \_\_\_\_\_;

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA PER CONSENSO**

\_\_\_\_\_

PARTE RISERVATA ALL'OPERATORE SOCIALE
Visto il Regolamento Centro Diurno per disabili, valutate le condizioni psico-fisiche e la situazione socio - familiare del richiedente la domanda di accesso:
<input type="checkbox"/> può essere inoltrata all'Ufficio di Piano del PLUS Marghine
<input type="checkbox"/> il richiedente non possiede i requisiti previsti dal Regolamento
L'OPERATORE SOCIALE _____