

 <p>BERGAMO CITTÀ DEI MILLE COMUNE DI BERGAMO</p>	<p>Amministrazione destinataria Comune di Bergamo</p> <p>Ufficio destinatario Pass Adulti e Inclusione Sociale</p>	
---	--	--

Domanda di prestazioni socio assistenziali

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Soggetto interessato											
<input type="radio"/> per se stesso											
<input type="radio"/> per la persona di seguito specificata											
Cognome			Nome			Codice fiscale					
Data di nascita		Sesso (M/F)	Cittadinanza			Luogo di nascita					
in qualità di											
Ruolo											

CHIEDE

di valutare la possibilità che il soggetto interessato possa usufruire dei seguenti servizi o contributi socio assistenziali

Servizio o contributo	
<input type="checkbox"/>	accedere al servizio di telesoccorso
<input type="checkbox"/>	accedere al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
<input type="checkbox"/>	accedere al servizio integrato minori e famiglia
<input type="checkbox"/>	chiedere la concessione del reddito di inclusione (REI)
<input type="checkbox"/>	chiedere la concessione di un contributo economico individuale dell'importo di Euro
<input type="checkbox"/>	chiedere la consegna dei pasti a domicilio
<input type="checkbox"/>	partecipare al servizio socio-occupazionale per persone disabili
<input type="checkbox"/>	partecipare ai laboratori delle autonomie
<input type="checkbox"/>	partecipare ad interventi di integrazione sociale per persone disabili
<input type="checkbox"/>	accedere al servizio di formazione all'autonomia (SFA)
<input type="checkbox"/>	accedere al servizio di Assistenza Domiciliare Educativa SADED
<input type="checkbox"/>	accedere al Centro Socio Educativo (CSE)
<input type="checkbox"/>	accedere al Centro Diurno Disabili (CDD)
<input type="checkbox"/>	altro (specificare):

in quanto
Descrizione della situazione che motiva la richiesta del servizio o contributo

CHIEDE

in caso di accoglimento della richiesta di contributo economico che il versamento venga effettuato sul seguente conto corrente

domiciliazione bancaria o postale del conto corrente	
Istituto	
IBAN	
Codice BIC (swift) (se conto estero)	
Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Bergamo

Luogo

Data

Il dichiarante