

| | | |
|--|--|--|
|  | <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 |