

	Al Comune di Cremona  Codice ISTAT 019036  Ufficio destinatario	
--	---	--

## Domanda di prestazioni socio assistenziali

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

### CHIEDE

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

Servizi o contributi	
<input type="checkbox"/>	casa di riposo e residenze sanitarie assistenziali (RSA)
<input type="checkbox"/>	centro di prima accoglienza – asilo notturno
<input type="checkbox"/>	centro diurno disabili (CDD)
<input type="checkbox"/>	centro diurno integrato
<input type="checkbox"/>	centro socio educativo (CSE)
<input type="checkbox"/>	comunità socio sanitaria (CSS)
<input type="checkbox"/>	consegna pasti a domicilio
<input type="checkbox"/>	contributi economici individuali <i>(specificare nelle note il periodo di assistenza richiesto)</i>
<input type="checkbox"/>	contributo per ausilio disabili
<input type="checkbox"/>	contributo per disagio abitativo
<input type="checkbox"/>	integrazione delle rette di ricovero in servizi residenziali
<input type="checkbox"/>	integrazione delle rette di partecipazione in servizi semiresidenziali

<input type="checkbox"/>	residenza sanitaria disabili (RSD)
<input type="checkbox"/>	servizio di assistenza domiciliare (SAD)
<input type="checkbox"/>	servizio di assistenza per l'autonomia personale (SAAP)
<input type="checkbox"/>	servizio di fassoccorso per sordomuti
<input type="checkbox"/>	servizio educativo extrascolastico disabili (SEED)
<input type="checkbox"/>	servizio di formazione all'autonomia (SFA)
<input type="checkbox"/>	servizio di telesoccorso
<input type="checkbox"/>	servizio di trasporto per minori disabili per servizi scolastici extrascolastici e riabilitazione sanitaria
<input type="checkbox"/>	servizio di trasporto per anziani e disabili adulti
<input type="checkbox"/>	sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR)
<input type="checkbox"/>	bonus gas e bonus energia
<input type="checkbox"/>	contributo per la rimozione di barriere architettoniche
<input type="checkbox"/>	sostegno per l'inclusione attiva (SIA)
<input type="checkbox"/>	assistenza domiciliare per dipendenti ed ex dipendenti pubblici, Home Care Premium (HCP)
<input type="checkbox"/>	invalidità civile
<input type="checkbox"/>	assegno statale per la maternità
<input type="checkbox"/>	assegno per nucleo numeroso
<input type="checkbox"/>	amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/>	consegna spesa a domicilio
<input type="checkbox"/>	altro (specificare):

Note

### in quanto

Descrizione della situazione che motiva la richiesta del servizio o contributo

<b>Elenco degli allegati</b>	
<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 non allegare se l'istanza è presentata in modalità telematica o se la firma autografa è apposta di fronte a un pubblico ufficiale)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

**Consenso al trattamento dei dati personali***(ai sensi del Regolamento comunitario 27/04/2016, n. 2016/679)*

dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, che è il titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza. GLOBO srl è stata da questa esclusivamente incaricata quale responsabile del trattamento.

Cremona

Luogo

Data

Il dichiarante