

	<b>COMUNE DI CALUSCO D'ADDA</b> Provincia di Bergamo
	<b><u>SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA</u></b> Piazza S.Fedele n.1 – 24033 Calusco d'Adda (Bg) Tel. 0354389054-3 e-mail <a href="mailto:servizisociali@comune.caluscodadda.bg.it">servizisociali@comune.caluscodadda.bg.it</a> P.Iva 00229710165
<b>DOMANDA DI ACCESSO AI SERVIZI COMUNALI</b>	

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a Calusco d'Adda in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'attivazione del servizio di:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Trasporto sociale</b> | <input type="checkbox"/> <b>Teleassistenza</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Pasto a domicilio</b> |  |

per il/la signor/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Calusco d'Adda in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Dichiarazione I.S.E.E. del beneficiario o modulo di rinuncia alla presentazione e DSU (Dichiarazione sostitutiva unica - art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000)
- Copia del verbale di invalidità (qualora esistente);
- Eventuali altri documenti comprovanti lo stato di bisogno socio-economico o patologie fisiche e/o psichiche.

**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.

Calusco d'Adda, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_