

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

Piazza Volta, 1 22077 Olgiate Comasco

AL COMUNE DI

OGGETTO: DOMANDA DI ASSEGNAZIONE BUONO SOCIALE ANZIANI

Il sottoscritto

Cognome e nome	
Nato a	
Il	
Residente a	
In via / n.	
Codice fiscale	
Telefono	
In qualità di	<input type="checkbox"/> Soggetto interessato <input type="checkbox"/> Familiare (specificare parentela.....) <input type="checkbox"/> Tutore (estremi decreto

CHIEDE

- per sé
- per il sig. / la sig.ra:

Cognome e nome dell'interessato al buono	
Nato a	
Il	
Residente a	
In via / n.	
Codice fiscale	
Telefono	

Età al 31.12. anno precedente del soggetto interessato	Punteggio
--	------------------

l'assegnazione del buono sociale anziani per l'anno corrente istituito dai Comuni aderenti al Consorzio Servizi Sociali dell'Olgiatese.

A tal fine il sottoscritto, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed informato che il Comune, anche in forma associata, potrà procedere a controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati contenuti nella presente dichiarazione e la sussistenza dei requisiti per l'accesso al buono sociale

Via n. CAP

Comune

mediante accredito sul c/c bancario / postale n.

intestato a:

banca / ufficio postale:

agenzia di: ABI CAB

Data Firma

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Ai sensi del D.Lgs.196/03 ed in relazione ai dati contenuti nella presente dichiarazione, La informiamo che:

- i dati sono raccolti esclusivamente ai fini della concessione ed erogazione del buono sociale erogato dal Consorzio Servizi Sociali dell’Olgiatese;
- i dati saranno trattati da parte del personale del Comune, anche in forma associata, e dell’ASL in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico;
- il conferimento dei dati è indispensabile ai fini dell’erogazione del buono sociale;
- l’eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti comporta l’impossibilità da parte di questo Ente a dar corso alla domanda;
- l’interessato o il soggetto che rende la dichiarazione in sua vece potrà esercitare in ogni momento i diritti previsti dal D.Lgs. 196/03;
- il titolare cui competono le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento e della tutela dei dati personali è il Consorzio Servizi Sociali dell’Olgiatese.

Il sottoscritto, preso atto dell’informativa di cui sopra, ai sensi del D.Lgs. 196/03, acconsente al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, per le finalità e con le modalità sopra elencate.

Data Firma

<i>Nome del compilatore</i>	<i>Recapito telefonico richiedente</i>
<i>Punteggio scala di Barthel</i>	<i>Punteggio situazione socio/economica</i>
<i>Punteggio complessivo: Scala di Barthel (70%) + Situazione Socio/Economica (*8.34*30%)</i>	<i>Punteggio complessivo attribuito</i>

N.B. Allegare copia del documento di identità del dichiarante