



COMUNE DI BURAGO DI MOLGORA

Piazza Matteotti, 12 - 20875 - PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA
Tel. 039-699031 - Fax: 039-6080329

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Di inviare il bollettino di pagamento a:

- all'utente
 al familiare Sig./ra _____,

residente in _____, Via/P.zza _____ n° _____

A TAL FINE DICHIARA

- di impegnarsi altresì, in caso di accoglimento della presente, a segnalare, non oltre 30 gg dal suo verificarsi, ogni e qualsiasi variazione delle condizioni di cui sopra ed a esibire qualsunque documentazione richiesta dal Comune;
- di conoscere ed accettare le condizioni che regolano la fruizione del/i servizio/i richiesto/i;
- di accettare la tariffa prevista dal regolamento comunale, nonché eventuali variazioni ed impegnarsi al regolare pagamento secondo le modalità stabilite da regolamento comunale;
- di non essere in possesso della attestazione ISEE e di impegnarsi a presentarla entro 30 giorni dalla richiesta:
 di voler comunque attivare il servizio con costi inizialmente interamente a proprio carico;
 di voler attendere l'attestazione ISEE per l'avvio del servizio;
- di non voler presentare attestazione ISEE, consapevole che tale scelta comporterà l'applicazione della tariffa massima e/o l'erogazione privata del servizio, così come previsto dalla disciplina del Comune;
- di impegnarsi a comunicare annualmente il valore dell'ISEE del beneficiario dell'intervento;
- di essere a conoscenza che, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, il Comune potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art.76.

Si allega certificazione ISEE in corso di validità si no

Data _____

Firma del richiedente _____



COMUNE DI BURAGO DI MOLGORA

Piazza Matteotti, 12 - 20875 - PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA
Tel. 039-699031 - Fax: 039-6080329

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento da parte del personale comunale, La informiamo di quanto segue: 1) Il titolare del trattamento è il comune di _____; 2) Il trattamento è indispensabile e obbligatorio, nell'ambito delle funzioni istituzionali, ai fini dell'erogazione del servizio di assistenza domiciliare; 3) Il trattamento è realizzato dal personale dell'Ufficio Servizi sociali del comune di _____; 4) Al comune di _____, ai sensi degli artt. 18-22, è consentito il trattamento dei dati per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali nei limiti della legislazione vigente, dello Statuto e dei Regolamenti; 5) L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7, fra cui l'accesso ai dati che lo riguardano, nonché il diritto di rettificare, aggiornare, opporsi o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Data _____

Firma _____

Considerato che **il/la Signor/ra** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ *in qualità di*

FAMILIARE

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

TUTORE

CURATORE

acconsente

al trattamento dei dati assumendosi ogni responsabilità al riguardo

Data _____

Firma _____