

E SI IMPEGNA

a corrispondere la quota parte di compartecipazione al servizio in base alle tariffe orarie per l'anno 2021 stabilite nella delibera del Coordinamento Istituzionale n.7 dell'11/02/2021, come di seguito riportate:

FASCE DI VALORE ISEE ordinario	QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE	COMPARTECIPAZIONE ORARIA
da € 0,00 a € 2.000,00	Esente da compartecipazione	0,00
da € 2.001,00 a € 7.500,00	10% del costo orario	€ 1,75
da € 7.501,00 a € 10.000,00	15% del costo orario	€ 2,63
da € 10.001,00 a € 15.000,00	20% del costo orario	€ 3,50
da € 15.001,00 a € 20.000,00	25% del costo orario	€ 4,37
da € 20.001,00 a € 25.000,00	30% del costo orario	€ 5,25
da € 25.001,00 a € 30.000,00	35% del costo orario	€ 6,12
da € 30.001,00 a € 35.000,00	40% del costo orario	€ 7,00
da € 35.001,00 a € 40.000,00	45% del costo orario	€ 7,87
OLTRE 40.000	100% del costo del servizio	€ 17,50
ASSENZA ISEE	100% del costo del servizio	€ 17,50

Si allega:

- certificazione ISEE in corso di validità;
- copia verbale invalidità civile;
- copia documento di riconoscimento.

Data _____

Firma del richiedente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi Regolamento UE 679/2016 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 _____