





## Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

### DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI

presenta **Domanda di accesso al Servizio sopra indicato**, ritenendo di essere in possesso dei requisiti previsti dal Regolamento "Criteri e modalità organizzative dell'erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario" e dai Regolamenti relativi ai singoli Servizi, nonché da ulteriori protocolli d'intesa e/o accordi specifici con soggetti terzi.

a tal fine

#### COMUNICA

**Di voler partecipare al servizio :**

- dal 03/07/2023 al 28/07/2023 (1° TURNO)
- dal 31/07/2023 al 25/08/2023 (2° TURNO)
- dal 03/07/2023 al 25/08/2023 (INTERO PERIODO)

**Di voler scegliere il seguente prestatore:** \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- Di aver preso visione del Programma Organizzativo per l'erogazione del Servizio e del Relativo Regolamento
- Di essere consapevole che la compartecipazione alla spesa a proprio carico, dovrà essere versata attraverso la piattaforma tecnologica **PagoPA**, collegandosi al sito **[www.aspspenisolasorrentina.it](http://www.aspspenisolasorrentina.it)**, **entro la data di scadenza del Bando di Accesso al Servizio; Qualora il cittadino scegliesse di partecipare per l'intero periodo, la quota di compartecipazione relativa al 2° turno dovrà essere versata entro il 14/07/2023;**
- Di essere consapevole del fatto che l'erogazione delle prestazioni previste dal Servizio è subordinata all'effettiva partecipazione alla spesa. **La mancata partecipazione alla spesa entro la data di scadenza del Bando di Accesso, comporta l'esclusione della presente domanda di accesso, in quanto incompleta.**
- Di essere consapevole che, qualora intendesse rifiutare l'erogazione del Servizio, è tenuto a presentare formale rinuncia scritta presso l'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di Residenza, **prima** della data di avvio del servizio e/o del periodo di erogazione di riferimento;

Si precisa che, qualora la domanda di accesso non fosse collocata utilmente in graduatoria, e/o il cittadino presentasse formale rinuncia scritta prima dell'avvio del servizio e/o del periodo di riferimento, potrà richiedere il rimborso totale della quota di compartecipazione versata, compilando l'apposito modulo presente sul sito <http://www.aspspenisolasorrentina.it>.

**Autorizza** il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679.

**Autorizza**, l'ASPS a fornire il proprio nominativo ed il relativo recapito al soggetto prestatore dei servizi sopra indicato.

**Allega**, alla presente domanda (**contrassegnarli con una X**):

- fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta in presenza di un operatore incaricato;
- copia della ricevuta del versamento della quota di compartecipazione a proprio carico;
- \_\_\_\_\_;

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ .

Firma del Segnalante

\_\_\_\_\_

Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).