

COMUNE DI CARONNO VARESINO

Servizio Politiche Sociali

OGGETTO: Domanda di accesso al servizio di prelievi ematici domiciliari gratuiti – I semestre 2026

1. DATI DEL RICHIEDENTE (IL BENEFICIARIO)

Il/La sottoscritto/a _____
 Nato/a a _____ il // _____
 Residente a _____ in via _____ n. _____
 Codice Fiscale _____ Tel. _____
 E-mail _____

DA (barrare la casella corrispondente)

DIRETTO INTERESSATO

oppure

FAMILIARE Grado di parentela _____

TUTORE nominato con decreto _____ n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto _____ n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto _____

n. _____ del _____

DATI DEL FAMILIARE/TUTORE/CURATORE/AMM.RE SOSTEGNO che presenta la domanda

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Via _____ n _____

Provincia _____

Tel. _____ e-mail _____

2. REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ (Sbarramento)

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità (D.P.R. 445/2000):

- Di essere residente nel Comune di Caronno Varesino.
- Di **NON** aver diritto alla gratuità del prelievo domiciliare tramite il Servizio Sanitario Nazionale (es. ADI o esenzioni specifiche per patologia che già coprono l'uscita a domicilio).
- Di possedere un'attestazione **ISEE** ordinario in corso di validità non superiore a € **9.500,00**.

3. CONDIZIONI PER IL PUNTEGGIO IN GRADUATORIA

- **Valore ISEE:** € _____
- **Condizione di salute:**
 - Riconoscimento di invalidità civile (superiore al 74%) o Legge 104/92.
 - Stato di non autosufficienza o grave difficoltà motoria (allegare certificato medico).
- **Composizione nucleo:**
 - Il richiedente vive da solo.
 - Presenza di altri soggetti con disabilità nel nucleo familiare.

4. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE (Obbligatoria)

1. Fotocopia del documento di identità in corso di validità.
2. Attestazione ISEE 2026.
3. **Prescrizione medica (Ricetta Bianca o Rossa)** per gli esami ematici richiesti.
4. Certificazione medica attestante l'impossibilità di recarsi presso i centri prelievi (se disponibile).

5. DELEGA PER IL RITIRO DEI REFERTI (Facoltativa)

5. Il sottoscritto, consapevole che i risultati delle analisi cliniche contengono dati sensibili, ai fini della corretta erogazione del servizio e per agevolare la consegna degli esiti:
6. **DELEGA** l'assistente sociale del Comune di Caronno Varesino al ritiro dei referti.
 AUTORIZZA la medesima persona alla consegna del referto cartaceo presso il proprio domicilio in busta chiusa e sigillata.

Resta inteso che la responsabilità della lettura e interpretazione clinica dei referti spetta esclusivamente al Medico di Medicina Generale del beneficiario.

INFORMATIVA PRIVACY E FIRMA

I dati forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità legate all'erogazione del servizio in oggetto, ai sensi dell'art. n. 9 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) .

Luogo e Data: _____

Firma del richiedente: _____

(o dell'esercente la potestà/tutore/amministratore di sostegno)