

OGGETTO: Istanza di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (SAD) –
Progetto “Vicino agli anziani” del Piano di Zona 2018/2019

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in via _____
tel _____
codice fiscale _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

.....
CHIEDE

θ Per sé stesso

θ Per il proprio familiare (*indicare grado di parentela*) _____

(*Inserire dati del beneficiario solo se diverso dal richiedente*)

Cognome _____ Nome _____

nat ___ a _____ il _____ e residente a _____

Via _____ n _____

codice fiscale _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

tel. _____

l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare per la realizzazione del progetto proposto dal
Distretto Socio Sanitario n. 55. A tal fine

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di _____;
- di non fruire di altri servizi domiciliari erogati da Enti Pubblici;
- di non essere ricoverato presso strutture residenziali o semiresidenziali;
- di vivere solo;
- che il nucleo di convivenza familiare è così composto (elencare i componenti del nucleo familiare, anche quelli conviventi di fatto):

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Ai fini di un'eventuale ammissione al servizio, si richiede l'erogazione delle seguenti prestazioni di tipo domiciliare:

- **assistenza alla persona, intesa come aiuto nelle attività personali riferibili al complesso delle principali funzioni quotidiane;**
- **aiuto nella cura e nella gestione dell'ambiente domestico e per il governo della casa;**
- **disbrigo pratiche, acquisto di generi alimentari, accompagnamento a visite mediche e presso presidi socio-sanitari.**

Allega alla presente:

- copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente;
- copia certificazione sanitaria attestante la condizione di parziale autosufficienza o di fragilità del soggetto (verbale della Commissione invalidi civili o certificazione attestante la disabilità ai sensi della legge n. 104/92 o certificato del medico di medicina generale, attestante la parziale o non autosufficienza);
- copia modello ISEE in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto di tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza, decadrà dal beneficio in oggetto.

Il Comune di residenza e il Comune di Alcamo (capofila) trattano i dati personali nel rispetto del Regolamento Europeo per la Protezione dei dati personali (UE) GDPR 2016/679, del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a interessato/a, con la firma apposta alla presente autorizza al trattamento dei dati personali per le finalità connesse con la richiesta.

Alcamo _____

IL RICHIEDENTE
