



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4  
CASTELTERMINI (AG) capofila**

Ambito territoriale Cammarata - Casteltermini - San Giovanni Gemini

All'Ufficio di Servizio Sociale del Comune

di \_\_\_\_\_

**SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI (SAD)**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ (campo obbligatorio).

**CHIEDE**

Per se stesso

Per il familiare Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

di accedere all'erogazione dei **servizi di Assistenza Domiciliare Anziani (SAD)** presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D4, previsti nell'implementazione del Piano di Zona 2013/15 finanziati con la L.328/2000, mediante voucher di servizio utilizzabile unicamente presso gli Enti accreditati e iscritti all'Albo Distrettuale – sezione anziani.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 e del DPR n.445 del 28/02/2000 e s.m.i.

**DICHIARA**

di essere cittadino/a italiano;

di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;

di aver preso visione e di accettare il Bando per l'erogazione del Voucher ( Buoni di Servizio) per i servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D4;

di essere:

celibe/nubile

vedovo/a

separato/a

divorziato/a

coniugato/a con \_\_\_\_\_

Di essere titolare di pensione \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_ dell'importo di

€ \_\_\_\_\_ vanno indicate tutte le pensioni percepite : es. vecchiaia, invalidità, reversibilità, pensioni di guerra, assegni vitalizi, rendite anche se erogate da stati esteri, pensioni sociali, indennità di accompagnamento

Che i componenti del nucleo familiare del beneficiario sono:

COGNOME E NOME	GRADO PARENTELA	ETA'	PROFESSIONE	LUOGO DI RESIDENZA

**Allegati:**

- D.S.U. (Dichiarazione Sostitutiva Unica) corredata da attestazione ISEE, in corso di validità;
- Dichiarazione del medico curante (allegato A);
- Fotocopia del documento di identità e Codice Fiscale e/o Tessera Sanitaria dell'anziano e/o del familiare;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni del nucleo convivente con l'utente.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE/ DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

---

**Formula di acquisizione al consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali**

Il /la sottoscritto/a interessato/a, acquisite le informazioni fornite dagli Enti titolari del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Regione e Comune), con la firma apposta alla presente scheda informativa, attesta il proprio consenso affinché i titolari procedano ai trattamenti dei dati personali per le finalità specifiche dell'intervento di cui alla presente domanda.

\_\_\_\_\_ Lì \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

***Dichiarazione da inserire nell'istanza per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare anziani, redatto e sottoscritto dal medico curante***

Si certifica che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ soffre delle seguenti patologie:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_
- f) \_\_\_\_\_

Si certifica inoltre che le suddette patologie comportano la condizione di :

- non autosufficienza parziale
- non autosufficienza temporanea
- non autosufficienza totale

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)