

**Comune Capofila**

**BIVONA**

Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ufficio di Servizio Sociale

**Oggetto: Richiesta servizio Assistenza Domiciliare Anziani non integrata per anziani non autosufficienti non in ADI del Distretto Socio Sanitario D2**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ familiare del Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rec. Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

**CHIEDE**

* Di usufruire del servizio di assistenza domiciliaresocio-assistenziale per soggetti ultrasessantacinquenni non autosuffficienti non in “ADI”;
* Di proseguire il servizio di assistenza domiciliaresocio-assistenziale per soggetti ultrasessantacinquenni non autosuffficienti non in “ADI” iniziato con il PAC II Riparto.

*A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,*

**DICHIARA**

* Che il proprio nucleo familiare /il nucleo familiare del Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, è così composto (compreso il soggetto richiedente):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N | Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Di essere consapevole che il Distretto potrà richiedere la compartecipazione al costo del Servizio ai sensi del Decreto n. 867/57 del 15.04.2003, pertanto si riserva di comunicare l’accettazione o la rinuncia del servizio.

Allega:

* Certificazione ISE
* Certificazione SWAMA, ovvero richiede di sottoporsi a visita presso l’UVM
* Documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e/o familiare.

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/67); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Addì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente