

Allegato 1

Distretto Socio Sanitario n. 17
Giarre

OGGETTO: Richiesta per il servizio di assistenza domiciliare per anziani parzialmente autosufficienti.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
_____ e residente a _____ in via
_____ n. _____, codice fiscale _____
telefono _____ cellulare _____
consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 sulla
responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria
responsabilità:

CHIEDE

l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare in favore di (compilare solo se trattasi di
persona diversa dal richiedente):

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____
_____ il _____ / _____ / _____ codice fiscale _____
_____ e residente a _____ in
via _____ n. _____ telefono
_____ cellulare _____

A tal fine, informato/a che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al
vero e l'uso di atti falsi, sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici
eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE

l'aspirante beneficiario si trova nella seguente situazione familiare:

- anziano convivente con familiari che provvedono all'assistenza;
- anziano solo/a con figli residenti nel Comune;
- anziano solo/a con figli residenti fuori Comune;
- anziano solo/a senza figli;

l'aspirante beneficiario si trova nella seguente situazione abitativa:

- proprietario della propria abitazione o in comodato d'uso;
- in locazione.

l'aspirante beneficiario si trova nella seguente situazione economica:

- percepisce indennità di accompagnamento;

NON percepisce indennità di accompagnamento;

L'ISEE risultante dall'allegata attestazione in corso di validità è pari ad € _____

Dichiara altresì di non usufruire di prestazioni analoghe da parte di altri Enti pubblici (es. progetto individualizzato, patto di servizio, patto di cura, Home Care Premium, disabili gravi, etc).

Si allegano:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario (se diverso);
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Certificato del Medico di Medicina Generale attestante la condizione di parziale autosufficienza;
- Copia del verbale della Commissione di invalidità civile;
- Altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni della persona per cui si richiede il servizio (specificare) _____

Dichiara di essere informato/a, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:

- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima, conservati presso le sedi competenti;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento Europeo.

Luogo e Data _____

Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a autorizza il Distretto socio-sanitario 17, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al servizio in oggetto.

Luogo e Data _____

Firma
