

**Al Distretto Socio Sanitario
di SCIACCA
Tramite l'Ufficio del Servizio Sociale del Comune di**

OGGETTO: PAC 2° Riparto -Richiesta Assistenza Domiciliare Non Integrata (ADA) in favore degli Anziani non autosufficienti.

Il / la sottoscritt _____ nat_ a _____
il per se stesso o nell'interesse di _____ (indicare
relazione di parentela) nato/a a _____ il _____ e residente in
_____ nella Via _____ n. _____,
C. F. _____ Tel. _____ Cell. _____

Chiede

di essere inserito, per l'anno 2018/2019, nella graduatoria dei beneficiari del servizio ADA.

A tal fine, consapevole della decadenza del beneficio e delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

Dichiara

per se stesso o nell'interesse del familiare sopra indicato

di essere anziano autosufficiente;
di essere anziano con invalidità certificata
del ____ %;
di convivere con N. ____ familiari in grado di
aiutare;
di avere N. ____ figli residenti in questo
Comune;
di avere N. ____ figli residenti in altro
Comune;
di vivere solo, privo di qualunque supporto
familiare;
di convivere con N. ____ familiari portatori di
handicap senza ulteriore ed idoneo supporto
familiare ;
altro: (specificare)

*** Segnare con X la voce che interessa**

Allega alla presente i seguenti documenti:

- Indicatore ISE, in corso di validità, rilasciata da soggetto abilitato secondo normativa vigente;
- Eventuale certificazione medica comprovante la condizione di handicap;
- Fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento in corso di validità

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs 196/2003, che verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

_____, li _____

FIRMA
