

All'Ambito Territoriale Sociale di Spilinga
Per il tramite del Comune di _____

Oggetto: "Allegato A" – Domanda per l'ammissione al servizio SADA (Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani) – FNA 2021

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____/____/____ residente a _____ in via _____
n. _____, C.F. _____ telefono _____
e-mail _____ PEC _____
in qualità di _____

CHIEDE

☐ per se stesso
☐ per il/la sig./ra _____
nato/a _____ (____) il ____/____/____
residente _____ via _____
n. _____ C.F.: _____ tel. _____

L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio:

- ha un nucleo familiare composto da n. _____ persone come indicato di seguito:

NUCLEO FAMILIARE			
N.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

- ha il seguente valore ISEE: € _____

- ha il seguente stato di salute/invalidità:

- ☐ Soggetti in possesso della certificazione medica prevista dall'art.3, comma 3, della legge 104/92 e /o invalidità al 100% con accompagnio
- ☐ Soggetti in possesso della certificazione di invalidità pari al 100%
- ☐ Soggetti in possesso di certificazione di invalidità dal 74 % al 99%
- ☐ Altro (specificare _____)

ALLEGA alla presente:

- ☐ Certificazione medica attestante lo stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza
- ☐ Attestazione ISEE ordinario o per prestazioni socio-sanitarie, del potenziale beneficiario, in corso di validità;
- ☐ Fotocopia documento di riconoscimento dell'istante;
- ☐ Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria del soggetto per il quale si richiede il servizio domiciliare;
- ☐ Fotocopia provvedimento di nomina all'ufficio di tutore (eventuale);
- ☐ Verbal Commissioni Sanitarie attestanti lo stato di disabilità dell'interessato ai sensi della L. 104/1992 e ss.mm.ii. (eventuali);
- ☐ Certificazione attestante lo stato di invalidità civile dell'interessato, tra il 74% e il 99%, ai sensi della L. 118/1971 (eventuale);

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali e ss.mm.ii. e Regolamento UE-GDPR n. 2016/679.
