Al Comune di .....

Oggetto: ISTANZA SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI (SADA)

Anziano/a Beneficiario/a

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a ..... Prov. di ..... il .....

Residente in ..... via ..... N.....

Codice fiscale ..... Telefono.....

Il/la Richiedente, se diverso/a dal beneficiario/a

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a ..... Prov. di ..... il .....

Residente in ..... via ..... N.....

Codice fiscale ..... Telefono.....

in qualità di .....

CHIEDE

Il servizio di assistenza domiciliare anziani

a tal fine, ai sensi del degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

- ( ) di essere ( ) non essere stato riconosciuto/a invalido/a civile, con percentuale d'invalidità del .....% come da verbale n..... del.....
- ( ) di vivere da solo
- ( ) di vivere con i seguenti componenti il proprio nucleo familiare:

Cognome - Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di parentela con il richiedente

- ( ) di non percepire l'indennità di accompagnamento e che nessun altro componente della famiglia ne beneficia;
- ( ) di non avere figli;
- ( ) tutti i figli vivono fuori dal territorio comunale;

- ( ) tutti i figli si trovano in precaria situazione sanitaria;
- ( ) tutti i figli sono impossibilitati a prestare assistenza in quanto già si prendono cura di un parente convivente in grave difficoltà sanitaria.

(Nelle ultime due fattispecie è obbligatorio presentare certificazione medica specialistica di strutture pubbliche)

- di esser a conoscenza che l'Ufficio di Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza effettuerà visite domiciliari ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sulla assistenza prestata;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza:
  - eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità dei servizi resi;
  - eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
- di aver preso visione e di accettare i Criteri per l'accesso ai voucher sociali relativi al servizio di assistenza domiciliare agli anziani allegati all'Avviso Pubblico

A tal fine allega:

- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- Certificazione del Medico di Medicina Generale o altra documentazione sanitaria attestante una condizione di salute tale da comportare almeno la parziale non autosufficienza
- eventuale documentazione a supporto delle dichiarazioni rese.

.....data.....

In fede
Il richiedente

Il Comune di residenza e il Comune di Termini Imerese (capofila) trattano i dati personali nel rispetto del Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali (UE) 2016/579 (General data Protection Regulation, "GDPR"), del D.lgs. 30/06/2003 n. 196 ("Codice Privacy"), e delle successive modifiche e integrazioni.
Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante ..... acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

.....data.....

Firma.....