

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI

SAPONARA

**Oggetto:** Richiesta inserimento elenco per assistenza domiciliare anziani e disabili.

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in Saponara alla Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
c.a.p. 98047. Numero tel. /cell. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

A causa delle certificate condizioni, non è in grado di gestirsi autonomamente perché:

PERSONA ANZIANA,       DISABILE,       MINORE,       MADRE

ALTRO \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Alla S.V. di essere ammesso a fruire, per l'anno 2008, del servizio di assistenza domiciliare anziani e soggetti diversamente abili, con le seguenti prestazioni:

AIUTO DOMESTICO -     IGIENE E CURA DELLA PERSONA -     DISBRIGO PRATICHE  
 ASSISTENZA INFERMIERISTICA

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

- Di essere / non essere fruitore del Servizio Assistenza Domiciliare;
- Di beneficiare / non beneficiare dell'indennità di accompagnamento;
- Di beneficiare / non beneficiare del Buono Socio-Sanitario;
- Di avere / non avere, presso il proprio domicilio, un servizio personale privato di assistenza con badanti;
- Che il proprio nucleo familiare convivente è costituito da:

Cognome	Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Codice fiscale

Dichiara inoltre di essere consapevole che, nel caso la situazione reddituale complessiva del sottoscritto non dia diritto a godere della fascia di esenzione, dovrà effettuare il pagamento della quota contributiva parziale o totale, che verrà determinata dall'Ufficio dei Servizi Sociali Comunali, quale quota di compartecipazione, secondi i criteri ridefiniti con Decreto assessoriale Regione Siciliana n. 867/S7 del 15/4/2003.

Allega pertanto alla presente domanda, la documentazione seguente:

- 1) Certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti non anteriore a tre mesi;
- 2) Dichiarazione sostitutiva unica;
- 3) I.S.E.E.;
- 4) Ogni ulteriore documento che ritenga utile ai fini della valutazione per l'inserimento in elenco degli anziani per il S.A.D.

Saponara, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

=====

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D. Lgs. n.196/2003)**

Il sottoscritto/a, ai sensi del D. Lgs.vo 196/03 dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento dei dati forniti ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, che lo riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione socio assistenziale richiesta.

Saponara, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B.** Se l'interessato è impossibilitato a firmare, la richiesta può essere firmata da un familiare con l'indicazione del grado di parentela e allegando un documento di riconoscimento in corso di validità. In mancanza, la richiesta può essere firmata dall'assistente sociale.