

Al Comune di

Oggetto: ISTANZA SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI (SADA)/ disabili adulti

Anziano/a Beneficiario/a

Il/la sottoscritto/a

Nato/a Prov. di il

Residente in via

Codice fiscale Telefono

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

il/la sottoscritto/a

Nato/a Prov. di il

Residente in via

Codice fiscale Telefono

in qualità di

CHIEDE

Il servizio di assistenza domiciliare anziani/ disabili adulti

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. 443/2000;
- Certificazione del Medico di Medicina Generale o altra documentazione sanitaria attestante una condizione di salute tale da comportare almeno la parziale non autosufficienza
- Copia verbale L. 104/2000, comma 3 art. 3
- eventuale documentazione a supporto delle dichiarazioni rese.

.....data.....

In fede
Il richiedente

Il Comune di residenza tratterà i dati personali nel rispetto del Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali (UE) 2016/379 (General data Protection Regulation, "GDPR"), del D.Igs. 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