



# DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.27

**OGGETTO: Richiesta Servizio Assistenza Domiciliare Anziani del Distretto socio sanitario 27. L.328/00 Integrazione al P.d.Z. 2013/2015 -.**

All'Ufficio Servizi Sociali del

Comune di \_\_\_\_\_

.....l.... sottoscritt..... nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in Via ..... n.....  
Tel..... codice fiscale .....

**Chiede**

- per se stesso
- per la persona sotto indicata agendo in qualità di .....

Cognome e nome .....  
Nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in Via..... n.....  
Tel. ....

di essere ammesso/a al Servizio Assistenza Domiciliare Anziani del Distretto socio sanitario 27- L. 328/00 Integrazione al P.d.Z. 2013/2015, relativamente alle seguenti prestazioni:

- Aiuto domestico;
- Igiene e cura della persona;
- Disbrigo pratiche.

**Dichiara** sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, comma 1-2-3-4 per le ipotesi di falsità in atti e/o dichiarazioni mendaci e ai sensi degli artt.. 46 e 47 del D.P.R. 445/00

- Di essere residente nel Comune di .....
- Di essere:
  - € invalido civile;
  - € invalido civile con diritto all'indennità di accompagnamento;
  - € in condizione di totale e/ parziale non autosufficienza certificata dal medico di base;
- Che il nucleo familiare del beneficiario risulta così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita	Certificazione sanitaria

- che è disposto/a a pagare l'eventuale quota di compartecipazione al costo del servizio, nel rispetto della normativa vigente in materia ( D.A. 867/S7 del 2003).

1 sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.

Allega quanto segue:

- € Certificazione invalidità civile (100% ed indennità di accompagnamento);
- € certificazione del medico di base attestante la condizione di totale e/o parziale non autosufficienza;
- Attestazione ISEE socio-sanitario (rilasciata ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 e ss.mm. ed ii.) in corso di validità;
- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità
- Altri documenti \_\_\_\_\_

FIRMA

---

*Formula di acquisizione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali*

Il/la sottoscritto/a interessato/a, con la firma apposta alla presente, presta il proprio consenso affinché il Comune ed il Distretto socio sanitario 27 proceda al trattamento dei dati personali per le finalità specifiche di cui alla presente domanda ai sensi del D. Lgs. 196/2003 modificato dal D.lgs 101/2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

---