

ALLA

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI PATTI

TRAMITE IL COMUNE DI

UFFICIO SERVIZIO SOCIALE

Oggetto: **PIANO DI ZONA 2019/2020 I e II ANNUALITA' - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA DISABILI.** Richiesta per l'accesso al servizio Prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di disabili con inabilità.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ via/piazza _____ n _____

Telefono _____ e-mail _____

familiare (specificare grado di parentela) _____

del Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____ residente in _____

via/piazza _____ n _____ telefono _____ :

altro(specificare) _____ del Sig./Sig.ra _____

_____ nato/a _____ il _____

Residente in _____ via/piazza _____ n _____

CHIEDE

di accedere al servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di disabili non autosufficienti con inabilità superiore al 74% tramite buoni di servizio (voucher).

A tal proposito, consapevole della responsabilità penale per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni ai sensi degli art. 75/76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA di essere beneficiario del Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) e che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado parentela

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria attestante la condizione di non autosufficienza o disabilità;
- Modello ISEE in corso di validità;
- Fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del beneficiario, in corso di validità.
-

Ai sensi della D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., consente il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'erogazione del beneficio richiesto.

Data _____

Firma _____