

ALL' UFFICIO PROTOCOLLO  
DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI:**

Assistenza Domiciliare non integrata (SAD – Servizio Assistenza Domiciliare) in favore degli anziani ultra sessantantacinquenni, in condizioni di non autosufficienza, residenti nei comuni del Distretto Socio Sanitario D-32. Programma Azioni di rafforzamento territoriale, relativo al Programma Nazionale per i Servizi di cura all'Infanzia e agli Anziani non autosufficienti (PNSCIA).

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

Per:

> se stesso \_\_\_\_\_

> per il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in qualità di

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, e residente \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ via/ \_\_\_\_\_

piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del Testo Unico emanato con DPR 28/12/2000 n 445, consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

### **DICHIARA**

- Che il destinatario per cui si chiede il servizio (barrare la casella interessata):
  - > Non usufruisce di altri servizi di assistenza a valere su fondi sanitari o sociali
  - > Usufruisce di altri servizi di assistenza
- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha 65 anni compiuti.

Allega alla presente:

1. copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente;
2. copia certificazione sanitaria attestante la condizione di parziale autosufficienza o di fragilità del soggetto o verbale della Commissione invalidi civili o certificazione attestante la disabilità ai sensi della legge n. 104/92 art. 3, comma 3 o comma 1, solo in casi di eventi invalidanti e improvvisi, tali da equiparare ad una invalidità, un certificato del medico di medicina generale, attestante la parziale o non autosufficienza;
3. copia modello ISEE in corso di validità.

Il/la 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.

Il Comune di residenza e il Comune di Taormina (capofila) trattano i dati personali nel rispetto del Regolamento Europeo per la Protezione dei dati personali (UE) GDPR 2016/679, del D. Lgs n. 196 del 30/06/2003 e ss. mm. ed ii.

Il/La sottoscritto/a interessato/a, con la firma apposta alla presente autorizza al trattamento dei dati personali per le finalità connesse con la richiesta.

**IL RICHIEDENTE**

Luogo, data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_