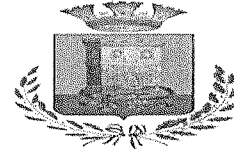


Comune di Catania



Comune di Misterbianco



Comune di Motta Santa Anastasia

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 16
CATANIA - MISTERBIANCO - MOTTA S. ANASTASIA

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 16

Comune di

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____ via _____

Telefono _____

per se stesso, oppure

nella qualità di _____ (specificare rapporto di parentela rispetto al beneficiario)

per il/la Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____

CHIEDE L'AMMISSIONE AL SERVIZIO

ADI -Assistenza Domiciliare a valenza socio-sanitaria integrata alle prestazioni fornite dall'ASP

ADA – Assistenza Domiciliare a valenza socio-assistenziale

A tal fine, ai sensi dell'art. 46/47 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che la propria famiglia è residente in _____

Via _____ n. _____ ed è così composta:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

• che il **destinatario** per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):

non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare;

- usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da _____
- che il **destinatario** è:
- persona portatore di handicap (legge 104/92 , art. 3, c.);
- persona invalida civile al 100%;
- persona invalida civile al 100% con indennità di accompagnamento;
- altro (specificare)_____.

Allega alla presente istanza:

- copia certificazione handicap ai sensi della L.104/92, art. 3 c. ;
- copia certificazione attestante l'invalidità civile;
- certificazione del medico di base dalla quale si evince lo stato di non autosufficienza (valutazione SVAMA);
- copia di documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- certificazione ISEE con DSU, relativa ai redditi percepiti nell'anno 2014, rilasciata secondo la normativa vigente del 2.1.2015, valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.

SI IMPEGNA

- ◇ a versare la quota di compartecipazione, se dovuta, nella misura e nei termini previsti dalle vigenti disposizioni di legge, **entro i primi dieci giorni lavorativi del mese** presso la Tesoreria comunale del Comune di Catania (Capofila del Distretto Socio Sanitario 16).
- ◇ a comunicare **obbligatoriamente** eventuale rinuncia al servizio con apposita dichiarazione presentata all'Ufficio del Protocollo Generale.

Il richiedente è informato ed autorizza la raccolta dei dati della presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, ai sensi della L. 196/2013.

.....,

FIRMA

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte barrando le caselle che interessano