RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI
ASSISTENZA DOMICILIARE

Al Responsabile del Settore
Politiche Sociali Disabilità e Istruzione

Comune di Misterbianco

Il/la sottoscritto/a.... ....., nato/a a .....

il..... e residente a .....Via.....n.....

codice fiscale __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ tel. .....

email.....

CHIEDE
- ❑ Per se stesso
- ❑ Per il proprio familiare *(indicare grado di parentela)* .....

(Inserire dati del beneficiario solo se diverso dal richiedente)

Cognome ..... Nome .....,.....

Nato/a a..... il..... e residente a .....

Via.....n.....

codice fiscale __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

tel. ..... email.....

l'ammissione al seguente servizio da fruire attraverso voucher per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi accreditati nell' apposito Albo Comunale :
(barrare una sola casella)

- ❑ Servizio di Assistenza Domiciliare per soggetti anziani (SAD)
- ❑ Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili adulti e minori
- ❑ Servizio di Assistenza Domiciliare Minori a supporto della famiglia

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del citato D.P.R. 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni, nonché della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art.75 dello stesso D.P.R. 445/2000

☐ di essere residente nel Comune di Misterbianco

oppure

☐ che la persona per la quale si chiede l'ammissione al beneficio è residente nel Comune di Misterbianco

☐ di non fruire di altre forme di assistenza finanziata con risorse a carico di altri Enti Pubblici (Distretto socio-sanitario, INPS ,etc).

oppure

☐ che la persona per la quale si chiede l'ammissione al beneficio non fruisce di altre forme di assistenza finanziata con risorse a carico di altri Enti Pubblici (Distretto S.S, INPS, etc)

☐ che il proprio nucleo familiare/nucleo familiare la persona per la quale si chiede l'ammissione al beneficio è composto come segue:

Cognome Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Convivente SI/NO	Residenza

Si allega :

- ☐ Copia documento di riconoscimento e tessera sanitaria in corso di validità del richiedente e, se del caso, della persona per la quale si chiede l'ammissione al servizio.
- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità con allegata dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) riferita alla persona per la quale si chiede l'ammissione al servizio
- ☐ Copia del verbale di invalidità civile della persona per la quale si chiede l'ammissione al servizio
- ☐ Copia del verbale dell'accertamento dell'handicap legge 104/92 (art. 3 comma 3) della persona per la quale si chiede l'ammissione al servizio
- ☐ Scheda SVAMA compilata dal medico di base riferita alla persona per la quale si chiede l'ammissione al servizio
- ☐ Altro_____

Il sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato che i dati forniti saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE n. 679/2016 e del Decreto Legislativo 10 agosto 2018 n. 101 che modifica il "Codice in materia di protezione dei dati personali" di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e a tal fine autorizza il trattamento dei dati personali per i fini istituzionali dell'Ente.

Luogo e data _____ firma del richiedente

_____