

SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI \_\_\_\_\_

**OGGETTO: ISTANZA PER L'EROGAZIONE DI BUONI SERVIZIO (VOUCHER) PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NEI COMUNI FACENTI PARTE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D54 FONDI PAC ANZIANI AZIONI RAFFORZAMENTO TERRITORIALE.**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a .....  
(.....) il ...../...../..... residente a ..... in  
via ..... n. ...., Codice Fiscale n. .... telefono  
..... in qualità di .....

**chiede l'ammissione al servizio di assistenza Domiciliare(SAD)**

per se stesso/a       per il/la sig.ra

..... nato/a ..... il .....|.....|.....

Residente in..... Via..... n.....

Recapito telefonico ..... C.F. ....

**DICHIARA**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e 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,

- che è residente nel Comune di ....., appartenente all'Ambito Territoriale del Distretto Socio Sanitario D54;
- di usufruire attualmente di un servizio a carico del Distretto Socio Sanitario D54.
  - SI (Specificare la tipologia di servizio).....
  - NO
- che il reddito del nucleo familiare ISEE è di € .....

Il nucleo familiare è composto da n. .... persone come indicato di seguito:

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Grado di parentela</b>

– che la **condizione familiare** del beneficiario è la seguente (*barrare la voce che interessa*):

- convive con familiari in grado di assisterlo;
- con figli residenti nel Comune;
- con figli non residenti nel Comune;
- vive da solo, privo di supporto familiare;
- convive con familiari portatori di handicap senza ulteriore supporto.

– che presenta il seguente **stato di salute/invalidità**

- Portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 Legge 104/92);
- Portatore di handicap (art. 3, co. 1 Legge 104/92);
- Invalido al 100% in attesa di riconoscimento Legge 104/92;
- Stato malattia attestato dalla scheda di accesso ai servizi (All. "B")

**ALLEGA alla presente:**

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità dell'interessato e/o del richiedente;
- Scheda di richiesta di accesso ai servizi socio-sanitari territoriali (All." B") compilata dal medico curante;

**AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY**

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del Regolamento EU nr. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)