ALL.A

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI PATTI

TRAMITE IL COMUNE DI

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

DELL’AOD N. 1

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Oggetto: **PIANO DI ZONA 2019/2020 - I e II ANNUALITA’ – ADI - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER PERSONE CON DISABILITA’. Richiesta per l’accesso alle prestazioni del servizio di Assistenza Domiciliare socio-sanitaria (ADI) integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall’ASP, in favore di persone con disabilità residenti nei Comuni del D.S.S. n. 30 AOD n. 1** **( Patti – Gioiosa Marea – Piraino – Brolo – Montagnareale – Librizzi -San Piero Patti e Oliveri) – riapertura termini per presentazione istanze – scadenza 15/03/2025.**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.Q. di diretto interessato – oppure di:

🞎 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

L’accesso al servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per l’erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria, integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall’ASP, in favore di persone con disabilità non autosufficienti, 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

Che l’interessato è già beneficiario dell’ADI Sanitaria, erogata dall’ASP, e che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Grado parentela** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Si allega alla presente istanza:

* Certificazione sanitaria attestante la condizione di disabilità e non autosufficienza (L. 104/92);
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_