



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.41

Comuni di:Partinico-San Cipirello-San Giuseppe Iato-Giardinello --Montelepre-Borgetto-Trappeto-Balestate- Camporeale.

P.A.C - PIANO DI AZIONE COESIONE

Piano di intervento Servizi di Cura per gli Anziani non autosufficienti di età non inferiore ai 65 anni.

Al Sig. Sindaco COMUNE DI Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....nato/a. (.....) il/..... residente a (.....) in via n..... Codice .../.../ in qualità di telefono/..... CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI: ☐ Prestazioni di ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE integrate all'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA (A.D.I.). ☐ Prestazioni di ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE per se stesso/a □ per il/la Sig./ra.... nato/a a il/.... residenten.Recapiti telefonici Codice Fiscale .../.../.../.../.../.../.../.../.../ a tal fine

DICHIARA che il nucleo familiare del beneficiario residente a in Via è così composto: COGNOME LUOGO E DATA DI RELAZIONE DI PARENTELA NOME NASCITA che usufruisce di : ☐ assistenza domiciliare □ altri servizi di assistenza pubblica erogati da.....; **ALLEGA** alla presente: 1 Attestazione ISEE 2016; 2 Documentazione sanitaria: Copia Verbale Commissione Invalidi Civili attestante l'Invalidità Civile pari al 100% o certificazione attestante il grado di disabilità prevista ai sensi dell'art.3 comma 3 dalla Legge 104/1992 o certificato di non autosufficienza (SVAMA), nei casi di non autosufficienza recente; 4 Scheda SVAMA 3 Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e/o del beneficiario. AUTORIZZA per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le

(Firma leggibile)

modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)