***Al Distretto Socio Sanitario***

 ***di S C I A C C A***

***Tramite l’Ufficio del Servizio Sociale del Comune di***

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

**OGGETTO**: **Richiesta Assistenza Domiciliare Non Integrata (ADA) in favore degli Anziani non autosufficienti.**

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per se stesso o nell’interesse di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare relazione di parentela) nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ ,

C. F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C h i e d e**

di essere inserito, per l’anno 2016/2017, nella graduatoria dei beneficiari del servizio ADA.

 A tal fine, consapevole della decadenza del beneficio e delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**D i c h i a r a**

per se stesso o nell’interesse del familiare sopra indicato

|  |
| --- |
| ⁪ di essere anziano autosufficiente;⁪ di essere anziano con invalidità certificata  del \_\_\_\_ %;⁪ di convivere con N. \_\_\_ familiari in grado di  aiutare;⁪ di avere N. \_\_\_ figli residenti in questo  Comune;⁪ di avere N. \_\_\_\_ figli residenti in altro  Comune;⁪ di vivere solo, privo di qualunque supporto  familiare;⁪ di convivere con N. \_\_\_ familiari portatori di  handicap senza ulteriore ed idoneo supporto  familiare ;⁪ altro: (specificare)**\* Segnare con X la voce che interessa** |

**Allega alla presente** **i seguenti documenti**:

⁪ Indicatore ISE, in corso di validità, rilasciato da rilasciata da soggetto abilitato secondo normativa vigente;

⁪ Eventuale certificazione medica comprovante la condizione di handicap;

⁪ Fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento in corso di validità

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs 196/2003, che verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  **F I R M A**

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