

**ALLEG.A**

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO  
DI PATTI

TRAMITE IL COMUNE DI

\_\_\_\_\_  
UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

**Oggetto: PIANO DI ZONA 2018-2019 I e II ANNUALITA' ASSISTENZA  
DOMICILIARE INTEGRATA INABILI. Richiesta per l'accesso al servizio -  
Prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni  
prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di disabili con inabilità  
superiore al 74%.**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

in qualità di: beneficiario/a del servizio, residente in

\_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
tel. fisso

\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

familiare (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

beneficiario del

servizio, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in

\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n.

\_\_\_\_\_ tel. fisso

\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

altro (specificare)

\_\_\_\_\_ del Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_ beneficiario del servizio,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ùtel. fisso  
\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

### CHIEDE

di accedere al servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di disabili non autosufficienti con inabilità superiore al 74% 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 dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000:

- dichiara che il proprio nucleo familiare è composto come segue:
- 
- 
- 
- 
- 

Allega:

- certificazione sanitaria attestante la condizione di non autosufficienza o disabilità;
- attestazione per l'attivazione delle cure domiciliari PDZ 2018-2019 compilata dal medico curante o dalle altre figure mediche preposte o scheda SVAMA;
- Modello ISEE in corso di validità ( da utilizzare ai fini di una eventuale graduatoria);
- 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

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_