



MUNICIPIO DELLA CITTÀ DI PATTI
CITTÀ METROPOLITANA DI MESSINA

Al Responsabile Settore 8^
 Welfare Politiche Giovanili e Servizi Demografici
 Comune di Patti

Il/la sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ via _____ n° _____

C.F. _____ Tel/Cell. _____ email _____

Nella qualità di:

◇ diretto Interessato, oppure:

◇ familiare _____

◇ altro (specificare) _____

del Sig. _____ nat_ a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ via _____ n° _____

C.F. _____ Tel/Cell. _____ email _____

CHIEDE

Di essere ammesso/di ammettere al beneficio per Assistenza domiciliare Anziani ADA/SAD

*Ai sensi degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n°445, e s.m.i.
 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione
 amministrativa:*

DICHIARA

Che in atto il nucleo familiare del beneficiario è composto da:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado parentela

DICHIARA ALTRESÌ

- che il beneficiario non fruisce dell'ADI integrata (socio-assistenziale);
- che il beneficiario non fruisce del servizio "Dimissioni Protette";
- che il beneficiario non percepisce l'assegno di assistenza dell'INPS;
- che il beneficiario non si trova ricoverato presso strutture (RSA ecc).

Si allegano:

- Fotocopia del documento di identità del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti);
- Fotocopia Tessera Sanitaria del beneficiario;
- Fotocopia della certificazione ISEE in corso di validità, comprensiva di DSU del beneficiario;
- Certificazione Inps attestante il grado di invalidità del beneficiario;
- Scheda sullo stato di salute (Allegato B) del beneficiario, compilata dal medico di base in data non superiore a 30 giorni, rispetto alla data di presentazione della domanda.

Il/La_ sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali e civili, dichiara- ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n.445 – che quanto contenuto nella presente dichiarazione sostitutiva unica è vero ed è documentabile su richiesta dell'Ente.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito all'accertamento di dichiarazioni non veritiere e di essere altresì consapevole che i fatti e gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia.

Autorizza infine, ai sensi del Regolamento UE n. 679 del 27/04/2016 (GDPR) e del Codice in materia di protezione dei dati personali, D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, solo per le procedure necessarie all'istruzione e alla definizione della stessa.

Patti il _____

Il/La Dichiarante _____

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del Sig. _____ che si trova in
situazione di impedimento o di incapacità – giusta _____

Il/La Dichiarante _____