



MUNICIPIO DELLA CITTÀ DI PATTI
Città Metropolitana di Messina
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30
COMUNE CAPOFILA PATTI
AOD N. 1

Patti - Brolo – Gioiosa Marea - Librizzi – Montagnareale – Oliveri – Piraino - San Piero Patti

Il/la sottoscritta _____ nat_a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ dal _____ via _____ n° _____

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

CHIEDE

Di essere ammesso al servizio ADA/SAD Assistenza domiciliare Anziani.

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

1. Di essere solo/a _____ coniugato/a
☐ separato/a di fatto dal/la sig.ra _____
☐ separato legalmente dal/dalla sig./sig.ra _____
☐ inserito nel nucleo familiare di _____ dal _____
2. Di abitare in casa di:
☐ proprietà di complessivi mq _____ ubicata in via _____
☐ affitto (allegare copia del contratto di locazione e, nel caso di richiesta per contributo affitto, specificare la strada in cui detto alloggio è ubicato via/piazza _____ e dichiarare, barrando la casella, se l'alloggio possiede caratteri tipologici comparabili a quelli dell'edilizia residenziale pubblica **SI** **NO**
☐ comodato gratuito
☐ altro (*specificare*) _____
☐ di tipo popolare
3. Di non essere proprietario di beni immobili _____ Di essere proprietario di n° ____ beni immobili
Se proprietario di beni immobili barrare: ☐ adibito ad abitazione principale ☐ adibito ad altro uso _____
☐ Di essere proprietario di n° ____ beni immobili non commerciabili (**come da allegata documentazione**)
4. Che in atto il proprio nucleo familiare è composto da:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado parentela
Nel nucleo familiare sono presenti n. _____ componenti con handicap permanente o grave superiore al 66% giusta certificazione rilasciata da _____				

5. Che il proprio nucleo familiare nell'anno precedente _____ ha percepito un reddito complessivo annuo, (a qualsiasi titolo percepito) di € _____ rinveniente da (possono essere barrate più caselle):

- ☐ Pensione INPS lavoratori dipendenti
- ☐ Pensione sociale
- ☐ Pensione di invalidità
- ☐ Indennità di accompagnamento
- ☐ Indennità di disoccupazione/altro simile
- ☐ Indennità di frequenza
- ☐ Lavoro dipendente
- ☐ Lavoro saltuario
- ☐ Lavoro autonomo
- ☐ Assegno di mantenimento del coniuge
- ☐ Altro (**specificare la tipologia**) _____

6. Che il proprio nucleo familiare alla data odierna gode di un reddito mensile (a qualsiasi titolo percepito) di € _____ rinveniente da _____

CHIEDE

Il servizio di Assistenza Domiciliare Anziani

Si allegano (**barrare gli allegati**)

- a. Fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità;
- b. Attestazione ISEE definitiva relativa ai redditi anno precedente a quello dell'istanza in corso di validità e/o Dichiarazione dei redditi., Modello CUD, Modello 730, Unico e/o Certificati di pensione precedente a quello dell'istanza;
- c. Eventuale Documentazione ritenuta utile ai fini di comprovare la condizione di disagio per cui si richiede il beneficio (contratto di locazione valido, certificati medici, altro) _____
l sottoscritt_ 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'A.C. ovvero è dalla stessa accertabile.

Dichiara altresì di essere consapevole che i benefici riscossi indebitamente su base di dichiarazione mendace, dovranno essere rimborsabili all'A.C..

Autorizza infine, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (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 _____