



Comune di Nicosia



Comune di Troina



Comune di Sperlinga



Comune di Capizzi



Comune di Gagliano CF



Comune di Cerami



ASP ENNA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Distretto Socio Sanitario D/23

Comuni di Nicosia capofila, Troina, Capizzi, Gagliano C.to, Cerami, Sperlinga, ASP di Enna

OGGETTO: Legge 328/00 – Piano di Zona 2010/2012, 2° annualità - Azione “IN CAMMINO VERSO IL BISOGNO- Assistenza **domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti**” . Istanza.

Al Comune di \_\_\_\_\_

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

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

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

all'indirizzo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

- familiare
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per sè

per \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

all'indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico fisso e/o mobile:

richiedente \_\_\_\_\_ beneficiario \_\_\_\_\_

di essere ammesso al Servizio di Assistenza Domiciliare in oggetto.

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000):

A- di aver preso visione e accettato in tutte le sue parti, senza riserva alcuna, l'avviso pubblico che regola l'attivazione del servizio in oggetto e di trovarsi nella seguente condizione:

B- composizione nucleo familiare

Cognome e nome	Parentela	Luogo e data di nascita	Capacità di prestare assistenza (SI/NO)


dichiara di avere almeno 1 familiare non convivente in grado di prestare assistenza

*in alternativa*

dichiara di non avere nessun familiare non convivente in grado di prestare assistenza

C- dichiara di non usufruire di servizi analoghi.

**Allega alla presente:**

- attestazione ISEE;
- certificato medico da cui si evince la condizione di parziale o totale non autosufficienza;
- eventuale copia verbale di invalidità civile
- eventuale copia del verbale di accertamento di HANDICAP, ai sensi della legge 104/92
- fotocopia del documento di identità del soggetto richiedente e del beneficiario.

Il richiedente dichiara di aver letto le informazioni sul trattamento dei dati personali specificate nell'Avviso pubblico per l'accesso al servizio oggetto della presente istanza fornite dal Comune di.....ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n.679/2016.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

FIRMA (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_