



# Comune di Santa Cristina Gela

Città metropolitana di Palermo

BASHKIA E SËNDAHSTINES  
HORA E MADE E PALERMË

Prot..... del.....

Ai Servizi Socio Assistenziale  
Del Comune di

**Oggetto:** Richiesta di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare con l'assistenza sanitaria **(S.A.D.)**

Il / La sottoscritto/a ..... Nat.... a .....  
..... il ..... residente.....  
Via..... Telefono.....  
Codice Fiscale .....

### CHIEDE

Di essere ammess.... al Servizio di Assistenza Domiciliare **NON** integrato con l'assistenza sanitaria **(S.A.D.)**.

Al tal fine consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità dichiara:  
di essere residente in ..... n° ..... CAP.....  
con la propria famiglia così composta:

COGNOME E NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

Si allega alla presente:

- fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente e/o di colui che presenta l'istanza;
- fotocopia del codice fiscale del richiedente e/o di colui che presenta l'istanza;;
- fotocopia ISEE;
- Certificazione Sanitaria attestante le condizioni di NON autosufficienza ( nel caso di utenti che si trovino in tali condizioni);ù

Santa Cristina Gela.....

Firma