



Comune di Santa Cristina Gela

Città metropolitana di Palermo

Bashkia e Sëndahstines

Hora e made e Palermë



Area Affari Generali e Servizi Socio-Culturali

OGGETTO: Richiesta per il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).

Il/la sottoscritto _____ Nato/a a _____

il ____/____/____ Residente a _____

in via _____ N° _____

Telefono _____ cell. _____

C.F. _____

CHIEDE

l'attivazione del Servizio di assistenza Domiciliare in favore di

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ in via _____ N° _____

Telefono _____ cell. _____

C.F. _____

Reddito ISE _____

Reddito ISEE _____

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi, sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000); sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di trovarsi nella seguente condizione familiare:

- Anziano/a che vive solo/a
- Coppia di anziani senza rete parentale



Comune di Santa Cristina Gela

Città metropolitana di Palermo

Bashkia e Sëndahstines

Hora e made e Palermë

Area Affari Generali e Servizi Socio-Culturali

- Anziano/a che vive con familiari o altro che provvedono all'assistenza
- Anziano/a e/o coppia che vive in aree periferiche (rurali, extraurbane)

Che il proprio nucleo familiare è composto da:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Relazione di Parentela

DICHIARA, altresì

- di usufruire di prestazioni analoghe da parte di altri enti, in particolare di usufruire del servizio di

erogato da *(inserire nome ente che eroga il servizio)*

- di NON usufruire di altri servizi di assistenza comunali

OPPURE

- di usufruire di altri servizi di assistenza comunali, in particolare di usufruire del servizio di

- di usufruire del reddito di cittadinanza o di altri sussidi economici per il seguente importo:

_____ euro

- di NON usufruire del reddito di cittadinanza o di altre forme di sussidio economico

Si allega:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del beneficiario
- Modello ISEE



Comune di Santa Cristina Gela

Città metropolitana di Palermo

Bashkia e Sëndahstines

Hora e made e Palermë



Area Affari Generali e Servizi Socio-Culturali

- Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016** che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:
- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima, conservati presso le sedi competenti;
 - la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
 - l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento Europeo;
 - il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Santa Cristina Gela;

Data _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003 il Distretto sociosanitario 42, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al servizio SAD. PAC Anziani.

Data _____

Firma _____



Comune di Santa Cristina Gela

Città metropolitana di Palermo

Bashkia e Sëndahstines

Hora e made e Palermë



Area Affari Generali e Servizi Socio-Culturali

DELEGA

Il Sottoscritto _____

nato a _____ il _____

Delega alla presentazione della presente istanza

il Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

Tel. _____ Cell. _____

Si allega:

Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del richiedente delegato.

Data _____

Firma
