



Comune di Santa Cristina Gela

Città metropolitana di Palermo

Bashkia e Sëndahstines

Hora e made e Palermë

Area Affari Generali e Servizi Socio-Culturali

Prot. Del / /2023

All'Ufficio Servizi Sociali
Comune di Santa Cristina Gela (PA)
servsoc@comune.santacristinagela.pa.it
All'Ufficio Protocollo
protocollo@pec.comune.santacristinagela.pa.it

OGGETTO: Richiesta per il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) a valere sul Piano di Azione e Coesione (PAC)

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:

- o Anziano/a che vive solo/a;
- o Coppia di anziani senza rete parentale;
- o Anziano/a che vive con familiari o altro che provvedono all'assistenza;
- o Anziano/a e/o coppia che vive in aree periferiche (rurali, extraurbane);



Comune di Santa Cristina Gela

Città metropolitana di Palermo

Bashkia e Sëndahstines

Hora e made e Palermë

Area Affari Generali e Servizi Socio-Culturali

Che il proprio nucleo familiare è composto da:

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Relazione di parentela

Dichiara, altresì:

o 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)*

o di NON usufruire di altri servizi di assistenza comunali;

OPPURE

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

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

o 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.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento euro-peo 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 _____