

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

Il /la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

N. Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**  
**P'attivazione del Servizio di assistenza Domiciliare in favore di**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

N. Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

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 situazione economica:

di essere in possesso di un reddito ISEE pari ad euro \_\_\_\_\_

di percepire indennità di accompagnamento

di non percepire indennità di accompagnamento

Di trovarsi nella seguente situazione familiare:

Anziano convivente con familiari che provvedono all'assistenza

Anziano solo/a con figli residenti nel Comune

Anziano solo/a con figli residenti fuori Comune

Anziano solo/a senza figli

Di trovarsi nella seguente situazione abitativa:

proprietario della propria abitazione o in comodato d'uso

in locazione

Dichiara altresì **di non usufruire di prestazioni analoghe** da parte di altri enti Enti pubblici (es. progetto individualizzato, patto di servizio, patto di cura).

**Si allegano:**

- Attestazione ISEE socio-sanitario;
- Certificazione del Medico di Medicina Generale attestante la condizione di parziale autosufficienza o a rischio di perdita dell'autosufficienza;
- Documento d'identità del beneficiario;
- Documento d'identità del richiedente.

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 Belmonte Mezzagno.
- il responsabile protezione dati personali è il dott. Marco La Diega

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 \_\_\_\_\_