

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
l'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

che il beneficiario si trova nella seguente situazione economica:

è in possesso di un reddito ISEE pari ad euro _____

- percepisce indennità di accompagnamento
 non percepisce indennità di accompagnamento

che il beneficiario si trova 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

che il beneficiario si trova 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, ADI socio-sanitaria).

Si allegano:

- Attestazione ISEE in corso di validità;
- 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 _____