

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

Il /la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____ / ____ / ____ codice fiscale _____ ed ivi residente in
via _____ n° _____ telefono _____
cellulare _____

CHIEDE

l'attivazione del Servizio di assistenza Domiciliare in favore di:

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____
il ____ / ____ / ____ codice fiscale _____ ed ivi residente in
via _____ n° _____ telefono _____
cellulare _____

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di attifalsi, sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti (articoli 75e 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 € _____

- 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 pubblici (es. progetto individualizzato, patto di servizio, patto di cura, Home Care Premium, disabili gravi, etc).

Si allegano:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario;
- Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- Certificato del Medico di Medicina Generale attestante la condizione di parziale autosufficienza o a rischio di perdita dell'autosufficienza.

Dichiara di essere informato, ai sensi del **Regolamento (UE) 2016/679**, 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 Altofonte, nella persona del Sig. Sindaco pro tempore.
- Il responsabile del trattamento dati personali è il Funzionario responsabile del 1° settore Ufficio Solidarietà Sociale domiciliato per la carica presso i locali comunali di piazza Falcone e Borsellino n.18;
- Il responsabile protezione dati personali del 1° settore Ufficio Solidarietà Sociale è il Funzionario responsabile, domiciliato per la carica presso i locali comunali di piazza Falcone e Borsellino n.18.

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
