



All'Ufficio di Piano presso Comune di Castrovillari -Comune capofila dell'Ambito Sociale.

OGGETTO: DOMANDA per l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale (S.A.D.) in favore di soggetti ultrasessantacinquenni non autosufficienti residenti nei Comuni dell'Ambito di Castrovillari. (PAC Anziani – Decreto di approvazione n.4240/PAC del 06-03-2023)

Il / La sottoscritto/a (nome e cognome)

nato/a a:..... prov..... il

Codice Fiscale residente in

via..... n.civ..... Prov..... CAP.....

Telefono E-mail
PEC.....

nella qualità di richiedente oppure(*figlio , amministratore di sostegno*
.....) del **sogetto interessato di seguito indicato:**

Nome e cognome nato/a

..... il

residente a in via

..

n..... C.F..... tel.n.



--	--	--	--

- che la condizione familiare del beneficiario è la seguente (**barrare la voce che interessa**):

- convive con familiari in grado di assisterlo ()
- con figli residenti nel Comune ()
- con figli non residenti nel Comune ()
- vive da solo, privo di supporto familiare ()
- convive con familiari portatori di handicap senza ulteriore supporto () ;

- che presenta il seguente stato di salute/invalidità (**barrare la voce che interessa**):

- Portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 Legge 104/92) ()
- Portatore di handicap (art. 3, co. 1, Legge 104/92) ()
- Invalido al 100% in attesa di riconoscimento Legge 104/92 ()
- Stato malattia attestato con certificato del medico curante ()

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di essere consapevole che l'ammissione alle prestazioni di assistenza è subordinata, a pena di esclusione, alla completezza della documentazione allegata alla presente Domanda e, pertanto, **allega**:

- [] copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario del servizio (entrambi, nel caso in cui i due soggetti non coincidano);
- [] copia del Codice Fiscale del beneficiario;
- [] certificato di Stato di famiglia (oppure autocertificazione);
- [] copia della documentazione attestante il possesso della condizione di non autosufficienza (verbale di invalidità) ;

oppure :

- [] certificato del medico curante
- [] attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- [] copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'ufficio di tutore/amministratore di sostegno;

AUTORIZZAZIONE PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare di cui al relativo Avviso Pubblico, ai sensi del Regolamento Europeo GDPR N. 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.

Luogo e data

Il Richiedente



(firma per esteso leggibile)