

**AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI  
CASTELLANA SICULA**

**OGGETTO: Richiesta fruizione del servizio di Assistenza Domiciliare in favore di anziani non autosufficienti. Azione N.1 del PdZ 2018/2019.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Castellana Sicula in Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

nella qualità di :  soggetto anziano non autosufficiente  referente della persona sotto indicata

**CHIEDE**

- per se  
 per  (incapace)

Cognome e nome \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in Castellana Sicula, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

**di essere ammesso al servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – azione N.1 del PdZ 2018/2019 del Distretto Socio-Sanitario n.35**

**DICHIARA** ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 quanto segue (inerente l'interessato):

- 1  di essere invalido/a con una percentuale riconosciuta del \_\_\_\_\_ %;
- 2  che il suo nucleo familiare è composto da n° \_\_\_\_\_ componenti;
- 3  notizie sui familiari : figli n° \_\_\_\_\_, figli residenti nel Comune di Castellana Sicula n° \_\_\_\_\_, figli residenti in altri comuni n° \_\_\_\_\_;
- 4  che il reddito familiare complessivo risultante dall'"I.S.E." in corso di validità è di € \_\_\_\_\_
- 5  che il suo medico curante è il Dr. \_\_\_\_\_

**Allega alla presente:**

- Certificazione I.S.E.E. — (**rilasciata nel 2020**);
- Copia certificazione della commissione medica attestante l'invalidità civile del 100% e, se in possesso, certificato di cui alla legge 104/1992
- Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario se persona diversa dal richiedente;
- Altro, specificare : \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a è consapevole che le istanze non complete alla data di scadenza dell'avviso prevista per il 31 agosto 2020 verranno escluse dalla graduatoria.**

Castellana Sicula, lì \_\_\_\_\_

**IL/LA RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ con la firma apposta alla presente attesta il proprio libero consenso al trattamento dei propri dati definiti sensibili e alla loro comunicazione nei limiti e per le finalità del servizio di A.D.A. ai sensi del D. Lgs. n. 196/03, integrato con le modifiche introdotte dal D.lgs 101/2018.

Castellana Sicula, lì \_\_\_\_\_

**Firma**