



United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization



Palermo Arabo - Normanna
e le Cattedrali di Cefalù e
Monreale
Sito inserito nella lista
Patrimonio Mondiale 2015



COMUNE DI CEFALÙ
CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO

C.so Ruggiero 139 – 90015 –Indirizzo internet: <http://www.comune.cefalu.pa.it>

Al Signor Sindaco
del Comune di _____

OGGETTO: Istanza di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare ADI e NON ADI (ADA) per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti- P.A.C. Piano di Intervento Servizi di Cura per gli anziani

Il /la sottoscritto/a _____ **Nato/a** _____

il ___/___/___ **residente in via / Piazza** _____

Nr _____ **C.F.** _____

Telefono _____ **In qualità di** _____

(convivente, figlio/a, conoscente, altro) _____

Chiede l'attivazione del Servizio di

- Assistenza domiciliare socio-assistenziale integrata all'assistenza socio-sanitaria (ADI)**
- Assistenza domiciliare socio-assistenziale per anziani non autosufficienti (ADA)**

In favore del

- Diretto interessato**
- Per conto del**

Sig./sig.ra _____ **Nato/a** _____

il ___/___/___ **residente in via / Piazza** _____

Nr _____ **C.F.** _____

Telefono _____

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

A- In quanto in condizioni di non autosufficienza per:

- Invalidità civile con indennità di accompagnamento (allegare Verbale della Commissione Medica trasmesso dall'INPS)**
- Condizione di salute (certificazioni mediche attestanti la natura dell'infermità invalidanti, causa di non autosufficienza)**
- Altro _____**

B- Di trovarsi nella seguente condizione familiare:

- anziano/a che vive solo/a**
- coppia di anziani senza rete parentale**
- anziano con familiari o altro che provvedono all' assistenza**
- anziano/a e/o coppia che vive in aree periferiche (rurali, extraurbane)**

che il nucleo familiare dell'anziano risulta così composto

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Relazione di parentela

Si allegano:

- **Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del richiedente e del beneficiario;**
- **Copia della Tessera Sanitaria;**
- **Dichiarazione sostitutiva unica completa di attestazione ISEE del nucleo familiare relativa ai redditi conseguiti nell'anno 2017 in corso di validità;**
- **Certificazione comprovante il riconoscimento dell'invalidità civile;**
- **Ogni altra documentazione sanitaria utile alla valutazione dello stato di non autosufficienza.**

Data _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003 il distretto socio sanitario n .33 e per esso gli Uffici preposti al Servizio, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al servizi Servizio di Assistenza Domiciliare ADI e NON ADI (ADA) per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

Data _____

Firma _____