

All'Ambito Territoriale Sociale di Spilinga
Per il tramite del Comune di _____

Oggetto: "Allegato A" – Domanda per l'ammissione al servizio SADD (Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili) di tipo educativo formativo

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ___/___/___ residente a _____ in via _____
n. _____, C.F. _____ telefono _____
e-mail _____ PEC _____
in qualità di _____

CHIEDE

☐ per se stesso
☐ per il/la sig./ra _____
nato/a _____ (____) il ___/___/___
residente _____ via _____
n. _____ C.F.: _____ tel _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio:
- ☐ ha presentato domanda di Progetto di Vita ai sensi dell'art. 14 Legge n. 328/2000;
 - ☐ non ha presentato domanda di Progetto di Vita ai sensi dell'art. 14 Legge n. 328/2000;
 - ☐ ha un nucleo familiare composto da n. _____ persone come indicato di seguito:

NUCLEO FAMILIARE				
N.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale

- che il reddito del nucleo familiare ISEE (ISEE socio-sanitario) è di €. _____

– **presenta il seguente stato di salute/invalidità:**

- ☐ Situazione di handicap di cui all'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n.104
- ☐ Situazione di invalidità al 100% con accompagnamento;
- ☐ Situazione di invalidità al 100%;
- ☐ Situazione di handicap di cui all'art.3.1, della legge 104/92;
- ☐ Situazione di invalidità dal 67% al 99%
- ☐ Situazione di handicap certificata dal medico di medicina generale attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza;

ALLEGA alla presente:

- ☐ Certificazione attestante la situazione di handicap ai sensi della legge 104/92, o certificazione di invalidità rilasciata dalla commissione medica;
- ☐ Certificazione rilasciata dal medico di medicina generale (eventuale);
- ☐ Attestazione ISEE di riferimento della persona da assistere in corso di validità e relativa DSU e precisamente:
 - a) ISEE socio-sanitario per utenza disabili/non autosufficienti completo della DSU
- ☐ Fotocopia documento di riconoscimento dell'istante;
- ☐ Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria del soggetto per il quale si richiede il servizio domiciliare;
- ☐ Fotocopia provvedimento di nomina all'ufficio di tutore (eventuale);
- ☐ Altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (eventuale)

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

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