



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4  
COMUNE DI CASTELTERMINI (Capofila)  
Provincia di Agrigento**

-----  
Ambito territoriale: Casteltermini – Cammarata – San Giovanni Gemini

**Distretto Socio-sanitario D4**

Comune di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il servizio assistenza domiciliare anziani (sad)

per sé

per \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**Stato civile dell'utente**

celibe/nubile

vedovo/a

separato/a

divorziato/a

coniugato/a con \_\_\_\_\_

Aiuto e sostegno nell'igiene, cura della persona e della casa

Attività socio-ricreative

## DICHIARA

- Che l'utente e titolare di pensione (\*) \_\_\_\_\_  
Categoria \_\_\_\_\_ dell'importo di € \_\_\_\_\_

(\*)vanno indicate tutte le pensioni percepite : es vecchiaia, invalidità, reversibilità, pensioni di guerra, assegni vitalizi, rendite anche se erogate da stati esteri, pensioni sociali, indennità di accompagnamento

- Che i componenti del nucleo familiare del beneficiario anche non convivente sono:

COGNOME E NOME	GRADO PARENTELA	ETA'	PROFESSIONE	LUOGO DI RESIDENZA

Il sottoscritto si impegna, ove dovuto, a partecipare al costo del servizio ai sensi dell'art.8 del Regolamento per l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali del Piano di Zona.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE/ DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

---

### Formula di acquisizione al consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali

Il /la sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dagli Enti titolari del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Regione e Comune), con la firma apposta alla presente scheda informativa, attesta il proprio consenso affinché i titolari procedano ai trattamenti dei dati personali per le finalità specifiche dell'intervento di cui alla presente domanda.

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

### ALLEGA

- Certificazione ISEE accompagnata da apposita "Dichiarazione Sostitutiva Unica" (DUS) del nucleo familiare, con riferimento ai redditi percepiti nell'anno 2009;
- Dichiarazione del medico curante (allegato A);
- Fotocopia del documento di identità;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni del nucleo convivente con l'utente.

Allegato A

Dichiarazione da inserire nell'istanza per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare anziani, redatto e sottoscritto dal medico curante

Si certifica che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ soffre delle seguenti patologie:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_
- f) \_\_\_\_\_

Si certifica inoltre che le suddette patologie comportano la condizione di :

- non autosufficienza parziale
- non autosufficienza temporanea
- non autosufficienza totale

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)