

**AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI  
SANTA MARIA DI SALA**

**OGGETTO:** Richiesta ammissione al servizio di assistenza domiciliare.

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_, nat\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

in qualità di (*specificare la condizione*):

- Diretto/a interessato/a
- Tutore/Amministratore di sostegno/Curatore di <sup>(\*)</sup> \_\_\_\_\_,  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
SANTA MARIA DI SALA, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, nominato con provvedimento  
del G.T. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- a. coniuge  
b. figlio/a (solo nell'eventualità dell'assenza del coniuge)  
c. parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado e precisamente (*specificare  
la parentela*) \_\_\_\_\_ (solo in assenza del coniuge e in  
mancanza dei figli)  
di <sup>(\*)</sup> \_\_\_\_\_, nat\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a SANTA MARIA DI SALA in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, che versa in una situazione di  
temporaneo impedimento per ragioni connesse allo stato di salute

**CHIEDE**

L'ammissione al servizio di assistenza domiciliare a favore del/della Sig./Sig.ra

Per

- cura della persone
- bagno della persona
- assistenza assunzione farmaci
- assistenza nella preparazione e assunzione pasti
- lavoro domestico (igiene della casa, cambio biancheria, ...)
- sostegno alla vita relazionale
- attività educative e di animazione

<sup>(\*)</sup> Dati relativi all'interessato all'ammissione al servizio in oggetto.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi dell'art. 46 e 47 del predetto riferimento normativo

### **DICHIARA**

Di essere a conoscenza che la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica entro 15 giorni dalla data odierna comporta il pagamento del 100% del costo del servizio di assistenza domiciliare, IVA esclusa, che l'Amministrazione comunale corrisponde alla ditta che fornisce il servizio.

### **COMUNICA**

Che il medico di medicina generale dell'interessato/a è il Dott. \_\_\_\_\_

### **ALLEGA**

- Dichiarazione Sostitutiva Unica in corso di validità;
- Eventuale certificazione attestante il riconoscimento dell'Invalidità Civile e la concessione dell'indennità di accompagnamento;
- Eventuali certificazioni mediche attestanti la situazione di disagio psico-sanitario;
- Copia del proprio documento d'identità.

Letto, firmato e sottoscritto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### ***Informativa (art. 13 D.lgs 196/2003)***

*Ai sensi della normativa in oggetto, si informa che il trattamento dei dati personali forniti in sede di richiesta di accesso agli atti amministrativi o comunque acquisiti a tal fine dal Comune di Santa Maria di Sala è finalizzato esclusivamente all'espletamento del procedimento ed avverrà presso il Comune di Santa Maria di Sala con l'utilizzo anche di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per l'avvio della pratica e la loro mancata indicazione può precludere il rilascio della documentazione richiesta. Si evidenzia che Lei ha i diritti di cui all'art. 7 del citato Decreto Legislativo ed in particolare di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Comune di Santa Maria di Sala.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_