

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.19**  
**COMUNE DI MASCALUCIA**  
**AVVISO PUBBLICO**

**OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI CHE USUFRUISCONO O HANNO FATTO ISTANZA PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.), EROGATO DALL'ASP CT.-**

**Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 Dicembre 200 n.445.**

**Al Comune di Mascalucia**

**Uff. Servizio Sociale**

**Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_**  
**via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, Comune di \_\_\_\_\_,**  
**CAP. \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, Tel.: \_\_\_\_\_**

**CHIEDE**

di usufruire del servizio di assistenza domiciliare in favore di anziani non autosufficienti, attraverso l'erogazione del buono di servizio per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso il Distretto Socio Sanitario n.19

**DICHIARA**

- Di essere residente nel comune di Mascalucia
- Di essere da solo/a si /\_/ no /\_/
- Di vivere da solo/a si /\_/ no /\_/
- Di usufruire di servizio domiciliare erogato dall'ASP di Catania si /\_/ no /\_/

Di aver presentato all'ASP istanza di A.D.I. il \_\_\_\_\_ Prot.n. \_\_\_\_\_

Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela:  
composizione nucleo familiare:

Cognome Nome	Rapporto di Parentela	Data di nascita

Allega alla presente istanza:

1. Certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza grave, eventualmente corredato dalla copia della scheda multidimensionale (SVAMA) di cui al Decreto sanità 7 Marzo 2005;
2. Fotocopia del documento di riconoscimento.

Si ricorda che le autocertificazioni sono dichiarazioni rilevanti dal punto di vista penale, ai sensi dell'art.76, del DPR n.445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione

amministrativa”.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dichiara inoltre:

1. di essere a conoscenza delle informazioni sui diritti previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003 e segg., avente ad oggetto la tutela del trattamento dei dati informativi personali;
2. di prestare il consenso, per le medesime finalità, al trattamento dei dati personali classificabili come “sensibili”, ai sensi dell'art.20 del succitato Decreto Legislativo n.196/2003 e segg.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, io sottoscritto esprimo il mio consenso al trattamento/comunicazione/diffusione dei miei dati personali limitatamente ai fini ivi richiamati.

Firma \_\_\_\_\_