

# DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 31

---

## COMUNI DI SANT' AGATA DI MILITELLO-CAPOFILA

Acquedolci, Alcara li Fusi, Capo d'Orlando, Caprileone, Caronia, Castell'Umberto, Frazzanò, Galati Mamertino, Longi, Militello Rosmarino, Mirto, Naso, San Fratello, San Marco d' Alunzio, San Salvatore di Fitalia, Torrenova e Tortorici.

**All' Ufficio Protocollo del Comune  
di Sant'Agata di Militello-capofila  
del Distretto Socio Sanitario n. 31**

**OGGETTO: Richiesta servizio di assistenza domiciliare anziani-Assistenza Domiciliare non integrata (SAD)- "Fase 2" Azione di Rafforzamento Territoriale.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel/ Telefonino \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di usufruire del servizio di "ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI"

Relativamente alle seguenti prestazioni:

(Contrassegnare con la crocetta la casella che interessa)

**Relativamente alle prestazioni del personale OSA**

**Relativamente alle prestazioni del personale OSS**

A tal fine ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445:

### DICHIARA

- Di possedere i requisiti previsti dalla legge per l'ammissione al servizio;
- Di impegnarsi a pagare la quota di compartecipazione, se dovuta, secondo i limiti previsti dal Decreto Regionale 15/04/2003 dell'Assessorato alla Famiglia.

### Allega alla presente:

1. Attestazione ISEE, in corso di validità, valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.
2. Certificazione medica attestante il grado di non autosufficienza
3. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità

Autorizza ai sensi delle vigenti disposizioni sulla privacy, il trattamento dei dati ai fini del presente procedimento:  
Il sottoscritto dichiara inoltre, di essere consapevole della decadenza dal beneficio, in caso di ammissione al servizio, per dichiarazioni rese non veritiere, punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_