

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 31

Comune Capofila S. Agata Militello

Al Punto Unico di Accesso

Via Medici c/o ASP di

Sant'Agata di Militello

OGGETTO: PAC ANZIANI - Richiesta servizio di assistenza domiciliare integrata – Primo riparto.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____

Il _____ residente in _____

Via _____

Codice Fiscale _____

Tel/ Cell _____

CHIEDE

Di usufruire del servizio di “**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**”

Relativamente alle seguenti prestazioni:

(Contrassegnare con la crocetta la casella che interessa)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ASSISTENZA MEDICO SPECIALISTICA |
| <input type="checkbox"/> | ACCESSO A DOMICILIO DEI MEDICI DELLA MEDICINA GENERALE (MMG) |
| <input type="checkbox"/> | ASSISTENZA INFERMIERISTICA |
| <input type="checkbox"/> | ASSISTENZA RIABILITATIVA |
| <input type="checkbox"/> | ASSISTENZA PSICOLOGICA |
| <input type="checkbox"/> | AIUTO DOMESTICO |
| <input type="checkbox"/> | IGIENE E CURA DELLA PERSONA |
| <input type="checkbox"/> | DISBRIGO PRATICHE |

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;

Allega alla presente:

1. Attestazione ISEE, relativa ai redditi percepiti nell'anno 2013, rilasciata secondo la normativa vigente dal 02-01-2015, 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
