

# ***DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 31***

*Comune Capofila S. Agata Militello*

**All'ASP di Sant'Agata di Militello  
Via Catania  
Punto Unico di Accesso  
Sant'Agata di Militello**

**OGGETTO: PAC ANZIANI - Richiesta servizio di assistenza domiciliare anziani – Secondo Riparto.**

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

Nato/a \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_

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

Tel/ Cell \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

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

(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, relativa ai redditi percepiti nell'anno 2015, rilasciata secondo la normativa vigente dal 01-01-2015, 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**

\_\_\_\_\_