**All’Ufficio Servizi Sociali di Corigliano-Rossano,**

**Comune capofila dell’Ambito Distrettuale**

**Presso il Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OGGETTO:** **DOMANDA per l’accesso al Servizio di** **Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale (S.A.D.) in favore di soggetti ultrasessantacinquenni non autosufficienti residenti nei Comuni dell’Ambito Distrettuale di Corigliano-Rossano**

Il/La sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nella qualità di **(*Parte da compilare se l’istanza è sottoscritta da soggetto diverso dal beneficiario*)**

 [ ] familiare, [ ] parente, [ ] medico di base, [ ] organizzazioni di volontariato, [ ] altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

[ ] per se stesso/a [ ] per il/la sig.r/a :

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l’ammissione all’Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale (S.A.D.)

(PAC Anziani – Decreto di approvazione n.3823/PAC del 01-07-2022)

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che il destinatario per cui si richiede l’ammissione al servizio:

* ha Cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all’Unione Europea o, per cittadini extra UE, è titolare di idoneo e valido permesso di soggiorno;
* è residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ afferente all’Ambito Distrettuale del Comune di Corigliano-Rossano;
* è di Età non inferiore a 65 anni;
* è in Stato di non autosufficienza o di invalidità che comporta temporanea o permanente perdita dell’autosufficienza;
* Non è ricoverato in un istituto pubblico o privato convenzionato;
* Non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare (a valere su fondi sanitari o sociali).

Dichiara di aver preso visione dell’Avviso pubblico e di essere consapevole che l’ammissione alle prestazioni di assistenza è subordinata, a pena di esclusione, alla completezza della documentazione allegata alla presente Domanda e pertanto allega:

[ ] copia del Documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario del servizio (entrambi, nel caso in cui i due soggetti non coincidano);

[ ] copia del Codice Fiscale del beneficiario;

[ ] Certificato di Stato di famiglia;

[ ] copia del documentazione attestante il possesso della condizione di non autosufficienza;

[ ] attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;

[ ] copia dell’eventuale provvedimento di nomina all’ufficio di tutore/amministratore di sostegno;

AUTORIZZAZIONE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l’espletamento del servizio di assistenza domiciliare di cui al relativo Avviso Pubblico, ai sensi del Regolamento Europeo GDPR N. 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii.

Luogo e data Il Richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma per esteso leggibile)