

ALL.A

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI PATTI

TRAMITE IL COMUNE DI

\_\_\_\_\_

DELL'AOD N. 1

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Oggetto: **PIANO DI ZONA 2019/2020 - I e II ANNUALITA' - ADI - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER PERSONE CON DISABILITA'**. Richiesta per l'accesso alle prestazioni del servizio di Assistenza Domiciliare socio-sanitaria (ADI) integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di persone con disabilità residenti nei Comuni del D.S.S. n. 30 AOD n. 1 ( Patti – Gioiosa Marea – Piraino – Brolo – Montagnareale – Librizzi - San Piero Patti e Oliveri) – riapertura termini per presentazione istanze – scadenza 15/03/2025.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

N.Q. di diretto interessato – oppure di:

familiare (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ ;

altro(specificare) \_\_\_\_\_ del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'accesso al servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria, integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di persone con disabilità non autosufficienti, tramite buoni di servizio ( voucher ).

A tal proposito, consapevole della responsabilità penale per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni, ai sensi degli art. 75/76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

Che l'interessato è già beneficiario dell'ADI Sanitaria, erogata dall'ASP, e che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado parentela

Si allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria attestante la condizione di disabilità e non autosufficienza (L. 104/92);
- Modello ISEE in corso di validità;
- Fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del beneficiario, in corso di validità.

Ai sensi della D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., consente il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'erogazione del beneficio richiesto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

C\_E571 - COMUNE DI LIBRIZZI - 1 - 2025-02-03 - 0000888