



***DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54***  
***Comuni di***  
***Castelvetrano - Campobello di Mazara***  
***Partanna – Poggioreale – Salaparuta - Santa Ninfa***  
***A.S.P.***

*Piazza G. Cascino, n. 8 – 91022 Castelvetrano (TP)*

**UFFICIO DI PIANO**

*All'Ufficio Servizi Sociali del  
Comune di \_\_\_\_\_*

OGGETTO: Istanza di partecipazione di accesso a prestazioni di assistenza domiciliare, mediante voucher sociale - Piano di azione e coesione "PAC Anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti"

Dichiarazione sostitutiva resa a i sensi dell'Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

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

Il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ codice fisc. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter partecipare a uno dei seguenti servizi:

- Prestazione di Assistenza Domiciliare Integrata "ADI". Si precisa che l'eventuale beneficiario deve avere già presentato istanza di Assistenza Domiciliare Integrata, presso il Punto Unico di Accesso (PUA) dell'Asp, redatto dal proprio medico curante.
- Prestazione di Assistenza Domiciliare per anziani non autosufficienti "NON INADI".

Ed a tal fine

**DICHIARA**

- Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ da almeno un anno
- Che il proprio nucleo familiare è così composto:

nome e cognome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Relazione di parentela

Il/a sottoscritto/a indica come referente a cui rivolgersi in caso di necessità il Sig.

Cognome e Nome	Indirizzo	Recapito telefonico

***Di essere a conoscenza, della possibilità di indicare l'Ente accreditato a svolgere il servizio, in caso di esito positivo in graduatoria.***

***Di essere a conoscenza, relativamente alle prestazioni socio-assistenziali (NON IN ADI), dell'eventuale quota di compartecipazione al costo del Servizio ai sensi del D.A. 867/S7 dell'Assessorato della Famiglia, Delle Politiche Sociali e Del Lavoro Della Regione Siciliana –Criteri di accesso agevolato ai Servizi Sociali.***

Allega alla presente istanza:

- Attestazione ISEE in corso di validità, rilasciato da organismo abilitato (CAF- INPS- COMUNI- ETC);
- Copia del documento di riconoscimento;
- Certificazione rilasciata dal medico di medicina generale, obbligatoria nel caso in cui si richiede l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

FIRMA

---

Il/a sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ai sensi della legge n. 675/96 sulla privacy, autorizza l'Ufficio al trattamento dei dati personali ai fini della suddetta richiesta.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA

---