

**ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI CUSTONACI**

OGGETTO: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE DI ACCESSO A PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE MEDIANTE VOUCHER DI **PAC ANZIANI-AZIONE DI RAFFORZAMENTO**

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.4 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

Il /I _____ nat_ a _____

Il _____ residente in Via _____ n. _____ CAP _____

Tel _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

di poter accedere al Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.) PAC ANZIANI

A tal fine

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Custonaci da almeno un anno
- che il proprio nucleo familiare è così composto

Nome e cognome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Relazione parentela	di

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

COGNOME E NOME	INDIRIZZO	RECAPITO TELEFONICO

Allega alla presente istanza:

- Attestazione ISEE in corso di validità
- Copia del documento di riconoscimento;
- Certificato del medico di medicina generale attestante la condizione di non autosufficienza.

FIRMA

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

Customaci, _____

FIRMA

**CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA
DOMICILIARE ANZIANI**

Si certifica che il/la sig. _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

È affetto/a dalle seguenti patologie _____

Da controllo medico effettuato in data _____ si evince che l'anziano/a è:

- E' AUTOSUFFICIENTE
- NON E' AUTOSUFFICIENTE
- E' PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a.

Custonaci, li _____

TIMBRO E FRIMA DEL MEDICO