

**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