



United Nations  
Educational, Scientific and  
Cultural Organization



Palermo Arabo - Normanna  
e le Cattedrali di Cefalù e  
Monreale  
Sito inserito nella lista  
Patrimonio Mondiale 2015



**COMUNE DI CEFALÙ**  
**CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO**

C.so Ruggiero 139 – 90015 –Indirizzo internet: <http://www.comune.cefalu.pa.it>

**Al Signor Sindaco**  
del Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Istanza di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare ADI e NON ADI (ADA) per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti- P.A.C. Piano di Intervento Servizi di Cura per gli anziani**

**Il /la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ **Nato/a** \_\_\_\_\_

**il** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **residente in via / Piazza** \_\_\_\_\_

**Nr** \_\_\_\_\_ **C.F.** \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_ **In qualità di** \_\_\_\_\_

**( convivente, figlio/a, conoscente, altro)** \_\_\_\_\_

**Chiede l'attivazione del Servizio di**

- Assistenza domiciliare socio-assistenziale integrata all'assistenza socio-sanitaria (ADI)**
- Assistenza domiciliare socio-assistenziale per anziani non autosufficienti (ADA)**

**In favore del**

- Diretto interessato**
- Per conto del**

**Sig./sig.ra** \_\_\_\_\_ **Nato/a** \_\_\_\_\_

**il** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **residente in via / Piazza** \_\_\_\_\_

**Nr** \_\_\_\_\_ **C.F.** \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_

**A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi, sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti ( articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

**A- In quanto in condizioni di non autosufficienza per:**

- Invalidità civile con indennità di accompagnamento (allegare Verbale della Commissione Medica trasmesso dall'INPS)**
- Condizione di salute (certificazioni mediche attestanti la natura dell'infermità invalidanti, causa di non autosufficienza)**
- Altro \_\_\_\_\_**

**B- Di trovarsi nella seguente condizione familiare:**

- anziano/a che vive solo/a**
- coppia di anziani senza rete parentale**
- anziano con familiari o altro che provvedono all' assistenza**
- anziano/a e/o coppia che vive in aree periferiche ( rurali, extraurbane)**

**che il nucleo familiare dell'anziano risulta così composto**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Luogo e data di nascita</b>	<b>Relazione di parentela</b>

**Si allegano:**

- **Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del richiedente e del beneficiario;**
- **Copia della Tessera Sanitaria;**
- **Dichiarazione sostitutiva unica completa di attestazione ISEE del nucleo familiare relativa ai redditi conseguiti nell'anno 2017 in corso di validità;**
- **Certificazione comprovante il riconoscimento dell'invalidità civile;**
- **Ogni altra documentazione sanitaria utile alla valutazione dello stato di non autosufficienza.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003 il distretto socio sanitario n .33 e per esso gli Uffici preposti al Servizio, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al servizi Servizio di Assistenza Domiciliare ADI e NON ADI (ADA) per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_