

ALLEGATO “A”

All’Ufficio Servizi Sociali  
del Comune di \_\_\_\_\_  
del Distretto Socio Sanitario D38

OGGETTO: PIANO DI ZONA 2021 – AZIONE 5  
“SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI”

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_ di essere residente a  
in via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ codice  
fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

- PER SE STESSO  
 PER IL SOGGETTO BENEFICIARIO ( in caso di delegato / tutore procuratore):

Sig./Sig.ra

nat\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Di essere ammesso \_\_\_\_\_ a fruire e beneficiare del “SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI”, finanziato con risorse del PDZ 2021.

**A TAL FINE DICHIARA**

- Di vivere da solo \_\_\_\_\_ o di vivere con il coniuge di anni \_\_\_\_\_  
 Di vivere con altri (specificare) \_\_\_\_\_  
 Di avere i seguenti familiari NON CONVIVENTI, ma residenti nello stesso  
Comune \_\_\_\_\_

Di avere i seguenti familiari NON CONVIVENTI e NON residenti nello stesso Comune \_\_\_\_\_

Le persone sopra citate sono nell'impossibilità di assistermi in quanto \_\_\_\_\_

Di beneficiare o  di Non beneficiare di altri interventi di assistenza analoghi per tipologia e/o  prestazioni a valere sul fondo per la non autosufficienza (disabili gravi, disabili gravissimi, HOME CARE etc.....)

Di avere preso visione dell'avviso pubblico.

Di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi e che gli uffici si riservano di procedere al controllo, anche a campione, circa la veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

**Allega alla presente:**

- copia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore e del beneficiario.

IL RICHIEDENTE

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il Sig./La Sig.ra \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati inclusi nella presente istanza, anche quelli di natura sanitaria, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE