

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 17 – L. 328/00

COMUNI DI: GIARRE-CALATABIANO-CASTIGLIONE DI SICILIA-FIUMEFREDDO-
LINGUAGLOSSA-MASCALI-MILO-PIEDIMONTE ETNEO-RIPOSTO-SANT'ALFIO

COMUNE DI CALATABIANO

ASSESSORATO SOLIDARIETA' SOCIALE

P.A.C. – PIANO DI AZIONE COESIONE

Piano di intervento Servizi di Cura per gli anziani non autosufficienti di età non inferiore ai 65 anni.
II° Riparto

Al Sindaco del COMUNE DI

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente a _____ in via _____

_____ n. _____ Codice Fiscale _____

In qualità di _____

Telefono _____

CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DI:

Prestazioni di ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO – ASSISTENZIALE;

per se stesso/a per il/la Sig./ra

_____ nato/a _____ il _____ residente in

_____ via _____

Recapiti telefonici _____

Codice Fiscale _____

A tal fine

DICHIARA

Che il nucleo familiare, del richiedente le prestazioni, residente a _____ in via

è così composto:

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

Che usufruisce di:

assistenza domiciliare

altri servizi di assistenza pubblica erogati da _____

ALLEGA alla presente:

1. Attestazione ISE e ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
2. Documentazione sanitaria attestante la non autosufficienza – SVAMA;
3. Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e/o del beneficiario

AUTORIZZA

Il Comune di _____ ai trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento delle prestazioni di cui sopra, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)
