



COMUNE DI MELITO DI PORTO SALVO
Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE
Comuni di: Bagaladi, Bova, Bova Marina, Cardeto, Condofuri, Montebello Jonico, Motta San Giovanni, Roccaforte del Greco, Roghudi, San Lorenzo

**All'Ufficio di Piano dell'Ambito
Territoriale di MELITO PORTO
SALVO**

Tramite il Comune di

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE

(S.A.D.)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

E-Mail o posta certificata _____

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in _____

Via _____ n° _____

In caso di rappresentante legale (tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc...) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Il Sig./La Sig.ra _____

Codice Fiscale _____ Residente in _____

Cap. _____ Tel./Cell. _____

E-Mail o posta certificata _____

in qualità di:

- rappresentante legale del richiedente (specificare) _____
- persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela) _____
- parente o altra persona che richiede la prestazione in nome e per conto di altro soggetto

Comune di Melito Porto Salvo - Prot 0005884 del 28-02-2023 in partenza

CHIEDE

L'ammissione al Servizio di Cure Domiciliari (S.A.D.)

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

a) che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____ (anni compiuti);

b) che il nucleo familiare del destinatario del beneficio richiesto è così composto:

	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
<u>1</u>			
<u>2</u>			
<u>3</u>			
<u>4</u>			
<u>5</u>			
<u>6</u>			
<u>7</u>			
<u>8</u>			
<u>9</u>			
<u>10</u>			

DICHIARA INOLTRE:

(barrare la casella corrispondente)

C.1) Il beneficiario ha una:

<input type="checkbox"/>	disabilità grave
<input type="checkbox"/>	disabilità media
<input type="checkbox"/>	non autosufficienza

	Più di 4 figli non conviventi
	n. 4 figli non conviventi
	n. 3 figli non conviventi
	n. 2 figli non conviventi
	n. 1 figlio non convivente
	nessuno

D) che il *valore I.S.E.E. in corso di validità*, è pari ad € _____;

E) Medico di Medicina Generale del destinatario del beneficio richiesto:

Dr.

Tel.

Studio medico, Via

Città

Altro Medico Proponente:

Cognome e Nome:

Struttura di appartenenza:

Tel./Cell.

Fax

ALLEGA alla presente:

- 1) Attestazione ISEE in corso di validità completa di DSU dichiarazione sostitutiva unica riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare (per le prestazioni SAD);
- 2) Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia del beneficiario, sia dell'eventuale altra persona richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- 3) Certificato del medico curante attestante lo stato di salute dell'assistito;
- 4) **SVAMA SANITARIA** rilasciata dal medico curante attestante lo stato di salute, ovvero scheda sociale, compilata a cura del richiedente, con modelli allegati;
- 5) Altro (specificare) _____

AUTORIZZA

il Servizio Sociale del Comune di _____ e il Servizio Sociale dell'Ambito Territoriale di Melito di Porto Salvo al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

DICHIARA

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

di aver preso visione dell'Avviso Pubblico per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare

di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro 15 giorni dalla data in cui ne venga a conoscenza – ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all’atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;

di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni sottoscritte, è prevista la segnalazione all’Autorità Giudiziaria

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi dell’articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole che ai sensi dell’articolo 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l’uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Dichiara di scegliere il seguente Soggetto per l’erogazione della prestazione:

BARRA RE CON UNA X	SOGGETTO	CONTATTI
	Consorzio “Macramè – Trame Solidali nelle Terre del Sole” C.F. – P. Iva 02372250809	e-mail info@consorzioacrame.it PEC: consorzio.macrame@pec.it cell. 3287434536 tel 09651722548
	Piccola Opera Papa Giovanni ONLUS C.F. – P. Iva 80013940806	e-mail presidenza@piccolaopera.org PEC: piccolaopera@pec.it tel. 0965890135
	Cooperativa Rinascita ONLUS C.F. – P. Iva 01074090802	e-mail segreteria.rinascita@tiscali.it PEC: amministratore@pec.rinascitaonlus.it tel. 0965771754