



## DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 31

Comune Capofila S. Agata Militello

All'ASP di S. Agata di Militello  
Via Catania  
Punto Unico di Accesso  
S. Agata di Militello

**OGGETTO: PAC ANZIANI- Richiesta servizio di assistenza domiciliare integrata-Secondo Riparto.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel/ telefonino \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di usufruire del servizio di "ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA"

Relativamente alle seguenti prestazioni:

(Contrassegnare con la crocetta la casella che interessa)

- ASSISTENZA MEDICO SPECIALISTICA
- ACCESSO A DOMICILIO DEI MEDICI DELLA MEDICINA GENERALE (MMG)
- ASSISTENZA INFERMIERISTICA
- ASSISTENZA RIABILITATIVA
- ASSISTENZA PSICOLOGICA
- PRESTAZIONI DEL PERSONALE OSA
- PRESTAZIONI DEL PERSONALE OSS

A tal fine ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, N. 445:

### DICHIARA

Di possedere i requisiti previsti dalla legge per l'ammissione al servizio;

#### **Allega alla presente:**

1. Attestazione ISEE, relativa ai redditi percepiti nell'anno 2015, rilasciata secondo la normativa vigente dall' 1.01.2015, valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.
2. Certificazione medica attestante il grado di non autosufficienza
3. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Autorizza ai sensi delle vigenti disposizioni sulla privacy, il trattamento dei dati ai fini del presente procedimento.  
Il sottoscritto dichiara inoltre, di essere consapevole della decadenza dal beneficio, in caso di ammissione al servizio, per dichiarazioni rese non veritiere, punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_