

OGGETTO: Richiesta "Servizio di assistenza domiciliare socio assistenziale per anziani non autosufficienti non in ADI/CDI" a valere sulle risorse finanziarie del programma nazionale servizi di cura PAC anziani – primo riparto

\*\*\*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_

Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

CHIEDE

per sé

su delega del familiare

l'attivazione del Servizio di assistenza domiciliare socio assistenziale per anziani non autosufficienti non in ADI/CDI

a favore di :  
(Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

alla Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ - Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nello specifico, richiede l'erogazione delle seguenti prestazioni:

*(barrare le voci che interessano)*

- attività di assistenza tutelare;
- attività di aiuto per l'igiene e la cura della persona;
- attività di aiuto per la pulizia della casa, lavaggio e cambio della biancheria;
- attività di preparazione pasti;
- aiuto in tutti gli atti indispensabili alla gestione della vita domestica, ivi compresi quelli che implicano attività fuori domicilio;

- attività di sostegno per la fornitura o l'acquisto, su richiesta, di alimentari, indumenti, biancheria e di generi diversi nonché di strumenti e tecnologie per favorire l'autonomia;
- aiuto ad istruire o mantenere una normale vita di relazione;
- attività di segretariato sociale, di aiuto nello svolgimento delle pratiche amministrative e di accompagnamento presso gli uffici;
- attività di accompagnamento presso i familiari e vicini e presso i luoghi di interesse culturale, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni affettive e sociali.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di:

- essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000;
- essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10, della legge 675/96 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e, in caso di instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo.

Firma \_\_\_\_\_

Si allega:

- Richiesta del *Medico di Medicina Generale* di U.V.I. (*Unità di Valutazione Integrata*);
- fotocopia di un documento di identità del richiedente in corso di validità;
- fotocopia del Codice Fiscale del richiedente.