



**Al Sig. SINDACO DEL COMUNE
di CAMPOFRANCO**

**OGGETTO: RICHIESTA SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI – 3^a Annualità
del Piano di Zona 2013/2015 – Distretto Socio-Sanitario D/10.**

(60° anno di età se uomini e 55° anno di età se donne)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. (____) residente a _____

Via _____ n. ____ Tel. _____

Codice Fiscale _____

– Per se stesso;

– In qualità di: o tutore e/o curatore o altro

del/la Sig./ra _____ (parentela) _____

nato/a a _____ Prov. (____) residente a _____

CAP _____ via _____ n. ____ tel. _____

Codice Fiscale _____

Medico curante: Dr. _____

- Composizione nucleo familiare:

Cognome e Nome	Età	Professione	Residenza	Telefono

- Altri figli o familiari non conviventi:

Cognome e Nome	Età	Professione	Residenza	Telefono

CHIEDE

L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI relativo alla 3^a Annualità del Piano di Zona 2013/2015 - Distretto Socio-Sanitario D/10.

Allega:

- 1) - Ultima Dichiarazione Sostitutiva Unica (ISEE), in corso di validità, del nucleo familiare convivente con l'utente. (L'attestazione ISEE è valida per un anno dal momento del rilascio);
- 2) - Certificato medico attestante lo stato di salute;
- 3) - Altra documentazione utile ai fini della graduatoria;
- 4) - Fotocopia del documento di riconoscimento;
- 5) - Autocertificazione della composizione del nucleo familiare convivente con il richiedente;

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 si dà atto che

- il trattamento dei dati richiesti è funzionale all'istruttoria per il beneficio e sarà effettuato manualmente e/o con sistemi informatizzati;

- il titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune; il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'istruttoria delle domande.

Si dà atto, inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale mancato conferimento degli stessi comporta l'impossibilità di proseguire la procedura amministrativa.

Al titolare del trattamento potrà essere rivolta istanza da parte dell'interessato per far valere i suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

Campofranco, lì _____

FIRMA

CERTIFICAZIONE MEDICA

Il sottoscritto Dott. _____ - Medico curante
del Sig. _____ nat_ a _____ il _____,
richiedente il servizio di **Assistenza Domiciliare per Anziani** istituito dal Distretto Socio-Sanitario
D10 di Mussomeli,

C E R T I F I C A

Che detto paziente trovasi nelle seguenti condizioni:

- E' autosufficiente;
- Parzialmente autosufficiente;
- Non autosufficiente.

Campofranco, li _____

IL MEDICO CURANTE
