

Comune di Melito Porto Salvo - Prot 0028685del 07-10-2026 in partenza

All'Ufficio di Piano dell'ATS n. 4

Tramite il Comune di

Oggetto: SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE. ISTANZA PER L'AMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a

Cognome e Nome _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____

Telefono/Cellulare _____

E-Mail o posta certificata _____

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

CHIEDE

L'ammissione al Servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE

DICHIARA inoltre

- Che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____ anni;
- Che il nucleo familiare del destinatario del beneficio è composto come segue

	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1			
2			
3			
4			
5			

DICHIARA INOLTRE

(barrare la casella corrispondente)

☐	Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92) e invalida al 100 %
☐	Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92)
☐	Persona invalida al 100 %
☐	Persona portatrice di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92)
☐	Persona invalida con una percentuale tra il 74% e il 99% o persona non autosufficiente a causa di malattia recente

DATI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE DEL DESTINATARIO DEL BENEFICIO

Cognome Nome _____
Studio medico, Via _____
Città _____
Tel. _____
Mail/Pec _____

ALTRO MEDICO PROPONENTE

Cognome e Nome _____
Struttura di appartenenza _____
Tel. _____
Città _____
Mail/Pec _____

ALLEGA alla presente:

- ✓ Copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- ✓ Copia della Tessera Sanitaria del richiedente in corso di validità (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- ✓ Copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno) in corso di validità del beneficiario, qualora si tratti di persona extracomunitaria;
- ✓ Copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'ufficio di Tutore/Amministratore di Sostegno;
- ✓ Copia della certificazione di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92) priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia della certificazione di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92) priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia della certificazione di riconoscimento di invalidità al 100% priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia della certificazione del riconoscimento invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia attestazione ISEE del nucleo familiare del beneficiario in corso di validità o Copia attestazione ISEE di tipo socio-sanitario in caso di persone con disabilità (di cui alla L. 104/92);
- ✓ SVAMA SANITARIA redatta a cura del medico curante.

AUTORIZZA

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 infine

Il/La sottoscritto/a, 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 a conoscenza dell’articolo 11 dell’avviso pubblico rubricato “**compartecipazione a carico dei beneficiari**” che andrà versata direttamente all’ETS da me prescelto a seguito di avvio del servizio, nulla pretendendo nei confronti del comune;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell’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;
- di rendere le presenti dichiarazioni sotto la propria personale responsabilità e ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole che, ai sensi dell’art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti e l’uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.

Data/luogo

Firma del richiedente

Firma del rappresentante legale, ove previsto
