



Comune di Catania



Comune di Misterbianco



Comune di Motta Santa Anastasia

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 16**  
**CATANIA - MISTERBIANCO - MOTTA S. ANASTASIA**

**AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 16**

**Comune di .....**

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

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

per se stesso, oppure

nella qualità di \_\_\_\_\_ (specificare rapporto di parentela rispetto al beneficiario)

per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO AL SERVIZIO**

**ADI** -Assistenza Domiciliare a valenza socio-sanitaria integrata alle prestazioni sanitarie previa ammissione dell'ASP

**ADA** – Assistenza Domiciliare a valenza socio-assistenziale

A tal fine, ai sensi dell'art. 46/47 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

che la propria famiglia è residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ed è così composta:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

- che il **destinatario** per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):
  - non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare;
  - usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da \_\_\_\_\_;
- che lo **stato di salute** dello stesso è il seguente:
  - persona portatore di handicap in situazione di gravità (legge 104/92 , art. 3, c. ---- );
  - persona invalida al 100% in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92;
  - di aver preso visione dell'elenco degli Enti Accreditati con prov. n.11/1287del 03.08.2018 per l'erogazione del servizio domiciliare, parte integrante del bando e di scegliere la società coop. .... sita ..... Via.....che risponde alle esigenze relative alla mia situazione;
  - altro (specificare)\_\_\_\_\_.

**Allega alla presente istanza:**

- copia certificazione handicap grave ai sensi della L.104/92, art. comma ...;
- copia certificazione attestante l'invalidità civile;
- per l'ammissione al **servizio ADA** certificazione del medico di base dalla quale si evince lo stato di non autosufficienza (scheda SVAMA);
- certificazione del medico di base, da presentare all'ASP per l'ammissione e valutazione al **servizio ADI**, dove si evince lo stato di non autosufficienza (scheda SVAMA);
- copia di documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- certificazione ISEE con DSU, in corso di validità, rilasciata secondo la normativa vigente del 2.1.2017, valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.

**SI IMPEGNA**

- ◇ a versare la quota di compartecipazione, se dovuta, nella misura e nei termini previsti dalle vigenti disposizioni di legge, **entro i primi dieci giorni lavorativi del mese** presso la Tesoreria comunale del Comune di Catania (Capofila del Distretto Socio Sanitario 16).
- ◇ a comunicare **obbligatoriamente** eventuale rinuncia al servizio con apposita dichiarazione presentata all'Ufficio del Protocollo Generale.

***Il richiedente è informato ed autorizza la raccolta dei dati della presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, ai sensi della L. 196/2013 e D.Lgs. n. 51/2018.***

....., .....

FIRMA

\_\_\_\_\_

**La domanda deve essere compilata in ogni sua parte barrando le caselle che interessano**