

Al Distretto Socio Sanitario D6

Al PUA ASP 1 – Ribera

Oggetto: Istanza di ammissione al servizio ADA per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti – P.A.C. Pano di interventi di Cura per gli Anziani – 2° Riparto

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ Codice Fiscale _____ e residente
a _____ in Via _____ n. _____
Tel _____ in qualità di _____

CHIEDE

Di poter essere ammesso/a al servizio ADA

Per sé stesso/a

Per il/la Sig/ra _____ nato/a a _____ ()
il _____ e residente in _____ () in via _____
n. civico _____, recapiti telefonici _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76) che:

Il nucleo familiare dell'anziano è così composto (compreso l'anziano):

Nome	Cognome	Luogo e data di nascita	Reazione di parentela

Allega alla presente:

- Dichiarazione sostitutiva unica e attestazione ISEE – socio-sanitario (Artt. 4 e 5 Decreto 15 aprile 2003) relativa alle condizioni anagrafiche, economiche e patrimoniali del proprio nucleo familiare consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere;
- Certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza dell'anziano, rilasciato dal Medico di Medicina Generale.
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della presente domanda.

Il Comune di Ribera ai sensi dell'art.71 e seguenti D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, si riserva di effettuare idonei controlli, anche a campione in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulle veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47.

Luogo e data _____

IL/ LA RICHIEDENTE
