

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 42 della REGIONE SICILIANA
Comune di Palermo- Capofila
Area della Cittadinanza Sociale
ISTANZA DI ACCESSO
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
CON L'ASSISTENZA SANITARIA
A.D.I. - P.A.C

OGGETTO: Richiesta per il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata con l'Assistenza Sanitaria. (ADI)

**Al servizio Integrazione Sociale
U.O. Gestione Fondi PAC
Comune di PALERMO**

**Per il tramite del Servizio sociale del
Comune di**

PALMONE MEZZAGNO

**Il /la sottoscritto/a (Cognome
Nome)** _____

Nato/a a _____ **il** ____/____/____ **residente in via / Piazza**

Nr _____ **C.F.** _____

Telefono _____ **cell.** _____

In qualità di (convivente, figlio/a, conoscente, altro)

Chiede l'attivazione del Servizio di assistenza Domiciliare Integrata con l'Assistenza sanitaria (ADI) in favore di

☐ **Diretto interessato**

☐ **Per conto di**

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- ☐ **Di trovarsi nella seguente condizione familiare:**
- ☐ **anziano/a che vive solo/a**
- ☐ **coppia di anziani senza rete parentale**
- ☐ **anziano con familiari o altro che provvedono all' assistenza**
- ☐ **anziano/a e/o coppia che vive in aree periferiche (rurali, extraurbane)**

Si allega:

Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del richiedente.

Certificazione rilasciata dal medico di Medicina generale nel caso di soggetto anziano non autosufficiente.

Data _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003 il distretto socio sanitario 42 e per esso l'Unità Organizzativa U.O. gestione Fondi PAC , al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al servizio SAD . PAC Anziani.

Data _____

Firma _____