

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 ALTOFONTE**

**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** \_\_\_\_\_