



COMUNE DI ACRI  
Provincia di Cosenza  
Capofila Ambito Territoriale di Aciri  
(Comune di Aciri e S. Sofia d'Epiro)

Allegato "B"

Al Responsabile del Settore  
Servizi Socio-Assistenziali  
SEDE

OGGETTO: Domanda per l'accesso al SAD ( servizio di assistenza domiciliare) di tipo socio assistenziale e/o ADI (assistenza domiciliare integrata alle prestazioni sanitarie) destinato a persone in condizione di disabilità e non autosufficienti ( età inferiore a 65 anni).  
FNA- DGR n. 638/2018

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

Chiede

l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD/ADI)

per se stesso/a

per il/la Sig./ \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ (CS) Via/C.da \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Recapito telefonico  
\_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_\_\_\_\_

Stato civile della persona per cui si richiede l'accesso al servizio (*barrare la casella interessata*)

celibe/nubile  coniugato/a  vedovo/a  separato/a  divorziato/a

che il nucleo familiare si compone di n. \_\_\_\_\_ persone, oppure che vive da solo/a  Si  No

Condizione di non autosufficienza (*barrare la casella interessata*)

lieve  media  alta

Accertamento della situazione di invalidità effettuato ai sensi della L.118/81 in data \_\_\_\_\_

Certificazione di handicap rilasciata ai sensi della legge 104/92 in data \_\_\_\_\_

Attualmente usufruisce :

Indennità di accompagnamento: **Si**  **No**   
Invalidità: **Si**  **No**   
Altre indennità **Si**  **No**

Presenza di soggetto fruitore di permessi Legge 104/92 o di congedo parentale straordinario retribuito  
**Si**  **No**

Altri servizi erogati dal Comune di appartenenza **Si**  **No**

Se **SI**, indicare quali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### DICHIARA

Ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, che i dati sopra indicati sono veritieri e di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazione falsa.

Si allegano :

- Fotocopia del verbale rilasciato dalla Commissione Invalidi Civili (se in possesso)
- Fotocopia del verbale rilasciato dalla Commissione per il riconoscimento dell'handicap - legge 104/92 (se in possesso).
- In assenza di verbali di accertamento di invalidità e/o di disabilità, allegare certificato rilasciato dal medico curante attestante lo stato di salute della persona per cui si richiede il servizio di assistenza domiciliare;
- Eventuale altra documentazione ritenuta valida ai fini della valutazione dello stato di non autosufficienza per l'accesso al servizio.
- copia del documento di identità del richiedente
- copia del documento di identità del soggetto per il quale si chiede l'accesso al SAD/ADI

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

#### CONSENSO INFORMATO

Si autorizza il Comune di Acri (capofila) al trattamento dei dati rilasciati ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii., i quali verranno utilizzati nella fase di progettazione, erogazione e rendicontazione del servizio di assistenza domiciliare (SAD/ADI).

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)