All' Ufficio di Piano dell'ATS n. 3 Comune Capofila Taurianova

Tramite il Comune di _____

ISTANZA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a

Cognome e Nome _____

nato/a _____ il _____

residente a _____Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____

Telefono/Cellulare _____

E-Mail o posta certificata _____

In caso di rappresentante legale (tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc…) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Il Sig./La Sig.ra_____

nato/a _____ il _____

residente a _____Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____

Telefono/Cellulare _____

E-Mail o posta certificata _____

in qualità di:

- ☐ rappresentante legale del richiedente (specificare)_____
- ☐ persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela)_____
- ☐ parente o altra persona che richiede la prestazione in nome e per conto di altro soggetto

CHIEDE

L'ammissione al Servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE

DICHIARA

- Che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____ anni;
- Che il nucleo familiare del destinatario del beneficio è composto come segue

N.	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1			
2			
3			
4			
5			

Comune di Molochio - Prot. n. 0007996 del 22-10-2026 - arrivo

DICHIARA INOLTRE

(barrare la casella corrispondente)

	Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92) e invalida al 100 %
	Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92)
	Persona invalida al 100 %
	Persona portatrice di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92)
	Persona invalida con una percentuale tra il 74% e il 99% o persona non autosufficiente a causa di malattia recente

Dati del medico di medicina generale del destinatario del beneficio

Cognome Nome _____

Studio medico, Via _____

Città _____

Tel. _____

Mail/Pec _____

ALLEGA alla presente:

- ✓ Copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- ✓ Copia della Tessera Sanitaria del richiedente in corso di validità (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- ✓ Copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno) in corso di validità del beneficiario, qualora si tratti di persona extracomunitaria;
- ✓ Copia del tesserino TSP e Modello C3 per i Cittadini extra UE;
- ✓ Copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'ufficio di Tutore/Amministratore di Sostegno;
- ✓ Copia della certificazione di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92) priva di Omissis, dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia della certificazione di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92) priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia della certificazione di riconoscimento di invalidità al 100% con o senza accompagno priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi, il verbale di invalidità deve essere completo di ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute);
- ✓ Copia della certificazione del riconoscimento invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia attestazione ISEE del nucleo familiare del beneficiario in corso di validità o copia attestazione ISEE di tipo socio-sanitario in caso di persone con disabilità (di cui alla L. 104/92);
- ✓ SVAMA SANITARIA redatta a cura del medico curante.
- ✓ Scheda di accesso ai servizi territoriali rilasciata dal medico curante;
- ✓ Dichiarazione sostitutiva relativa alla non fruizione di benefici del FNA 2021 e di altre misure incompatibili.

AUTORIZZA

il Servizio Sociale dell'Ambito Territoriale di Taurianova autorizza al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Comune di Molochio - Prot. n. 0007996 del 22-10-2026 - arrivo

DICHIARA infine

Il/La sottoscritto/a, infine, dichiara quanto segue:

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare;
- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro 15 giorni dalla data in cui ne venga a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
- di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni sottoscritte, è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;
- **di essere a conoscenza dell'articolo 11 dell'Avviso Pubblico rubricato "compartecipazione a carico dei beneficiari" che andrà versata direttamente all'ETS da me prescelto a seguito di avvio del servizio, nulla pretendendo nei confronti del comune;**
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di rendere le presenti dichiarazioni sotto la propria personale responsabilità e ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole che, ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

_____

Firma del rappresentante legale/altro soggetto legittimato

_____

Comune di Molochio - Prot. n. 0007996 del 22-10-2026 - arrivo