



COMUNE DI NICOLOSI

CITTA' METROPOLITANA DI CATANIA

UFFICIO SERVIZIO SOCIALE

OGGETTO: ISTANZA ASSISTENZA DOMICILIARE

I sottoscritt _____ nat _____ a _____
il _____ e residente a Nicolosi in Via _____
tel. _____ c.f. _____

Stato Civile: coniugato separato/divorziato vedovo celibe/nubile

CHIEDE

Di essere ammesso a fruire delle seguenti prestazioni del servizio di Assistenza Domiciliare

- Aiuto Domestico
- Disbrigo Pratiche

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n°.445, si prega di segnare le voci di pertinenza

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di Nicolosi
- Di avere ridotte capacità di autonomia attestanti da Certificato Medico
- Di percepire indennità di accompagnamento
- Di vivere da solo o/e con _____ o con un portatore di handicap
(se si specificare il grado di parentela del disabile)
- Di avere figli residenti nello stesso comune di residenza

- Di avere una Attestazione ISEE in corso di validità con un valore non superiore a € 10.140,00

Che la propria famiglia anagrafica è composta da:

| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | RAPPORTO DI PARENTELA |
|----------------|-------------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Avendo visionato l'elenco delle Cooperative Accreditate al Distretto D19, desidera che il servizio richiesto venga espletato dalla Cooperativa Sociale:

**DICHIARA ALTRESI'
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

la inesistenza di cause di incompatibilità, di conflitto di interesse, di obbligo di astensione di cui al Piano Triennale di prevenzione della Corruzione e dell'Illegalità triennio 2023 – 2025, si impegna altresì a comunicare qualsiasi variazione dovesse sopravvenire in merito.

I dati personali verranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- 1) Fotocopia Attestazione ISEE
- 2) Certificato di invalidità o certificato medico curante
- 3) Fotocopia Documento di riconoscimento
- 4) Fotocopia codice fiscale

Nicolosi, lì _____

IL DICHIARANTE

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19

COMUNI DI GRAVINA DI CT- TREMESTIERI E. -MASCALUCIA - SAN GIOVANNI LA PUNTA - CAMPOROTONDO - SAN GREGORIO DI CT - SAN PIETRO CLARENZA - VALVERDE- VIAGRANDE - NICOLOSI -SANT'AGATA LI BATTIATI - PEDARA -TRECASTAGNI

Allegato "A" AL PATTO DI ACCREDITAMENTO

Spett.le Ufficio di Servizi sociali

del Comune di Nicolosi

Oggetto: intervento piano personalizzato L.328/00 - Adesione _____

Il/la sottoscritto/sottoscritta _____ nato /a _____ il
_____ residente a _____ via _____
presa visione della carta dei servizi della Società cooperativa Sociale _____
_____ iscritta al n. _____ del _____ dell'Albo distrettuale degli organismi
sociali accreditati previsti dal comma 4 dell'art. 1 della legge 328/2000 del Comune di Gravina di Ct -
Capofila del distretto Socio sanitario 19, con la presente

SCEGLIE

La società cooperativa sociale _____
per l'intervento denominato _____

ADERISCE

- al piano di assistenza personalizzato proposto dalla Società coop. sociale _____
- conformemente alla carta dei servizi ai seguenti servizi migliorativi/aggiuntivi proposti _____

Comune di Nicolosi _____

Per accettazione

firma/famiglia _____