



**MUNICIPIO DELLA CITTÀ DI PATTI
CITTÀ METROPOLITANA DI MESSINA
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30 – AOD N. 1
COMUNE CAPOFILA**

(Patti - Brolo – Gioiosa Marea - Librizzi – Montagnareale – Oliveri – Piraino – San Piero Patti)

Al Distretto Socio Sanitario n. 30

tramite il Comune di _____

dell'AOD n. 1

OGGETTO: Istanza di accesso al Servizio “ADI INTEGRATA - SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI” socio assistenziale, in favore di Persone con disabilità, anche temporanea, residenti nei Comuni dell'AOD n. 1 Distretto Socio Sanitario n. 30 (Patti - Brolo – Gioiosa Marea - Librizzi – Montagnareale – Oliveri – Piraino – San Piero Patti), – P.D.Z. 2021 – Azione n. 7 - scadenza termine ore 14:00 del 09/11/2026.

Il/la sottoscritt _____ nat_a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ via _____ n° _____

C.F. _____ Tel/Cell. _____ email _____

Nella qualità di:

- ◇ diretto Interessato, oppure:
- ◇ familiare _____
- ◇ altro (specificare) _____

del Sig. _____ nat_a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ via _____ n° _____

C.F. _____ Tel/Cell. _____ email _____

CHIEDE

Di essere ammesso/di ammettere al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) Socio Assistenziale

*Ai sensi degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n°445, e s.m.i.
recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:*

DICHIARA

Che in atto il nucleo familiare del beneficiario è composto da:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado parentela

Comunicazione Standard Patti - Brolo - Gioiosa Marea - Librizzi - Montagnareale - Oliveri - Piraino - San Piero Patti (P.D.Z. 2021 - Azione n. 7) - scadenza termine ore 14:00 del 09/11/2026

- che il beneficiario non si trova ricoverato presso strutture (RSA ecc);
- che il beneficiario è titolare di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) per la fruizione dell'ADI Sanitaria

Si allegano alla presente istanza:

- ◇ Fotocopia del documento di identità del richiedente (o del beneficiario se diverso dal richiedente);
- ◇ Fotocopia tessera Sanitaria del richiedente (o del beneficiario se diverso dal richiedente);
- ◇ Fotocopia della certificazione ISEE in corso di validità, comprensiva di DSU (del beneficiario);
- ◇ Eventuale Certificazione Inps attestante il grado di invalidità o eventuale Sentenza (del beneficiario);
- ◇ Fotocopia del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) ovvero certificazione del medico di medicina generale attestante l'attivazione del PAI per l'ADI Sanitaria.

Il/La_ sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali e civili, dichiara - ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n.445 – che quanto contenuto nella presente dichiarazione sostitutiva unica è vero ed è documentabile su richiesta dell'Ente.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito all'accertamento di dichiarazioni non veritiere e di essere altresì consapevole che i fatti e gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia.

Autorizza infine, ai sensi del Regolamento UE n. 679 del 27/04/2016 (GDPR) e del Codice in materia di protezione dei dati personali, D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, solo per le procedure necessarie all'istruzione e alla definizione della stessa.

Patti il_____

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del Sig. _____ che si trova in situazione di impedimento o di incapacità.

Il/La Dichiarante _____