

**All'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale
di Canosa di Puglia Minervino Murge e Spinazzola**

RICHIESTA DI INSERIMENTO IN: CURE DOMICILIARI

Il sottoscritto/a _____ **Nato/a a** _____
prov.(_____) il _____ **Residente a** _____ **CAP** _____ **in**
Via _____ **n.** _____ **tel.** _____
cod. fiscale _____

oppure

il rappresentante legale _____ **Nato/a a** _____
prov. (_____) il _____ **Residente a** _____ **CAP** _____ **in**
Via _____ **n.** _____ **tel.** _____
cod. fiscale _____

- familiare (specificare _____);
- rete informale (specificare se conoscente, amico _____);
- tutore;
- curatore;
- amministratore di sostegno;
- persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (ART.4 DPR 445/2000)

in nome e per conto

del/la signore/a _____ **Nato/a a** _____
prov. (_____) il _____ **Residente a** _____ **CAP** _____
in Via _____ **n.** _____ **tel.** _____
cod. Fiscale _____

CHIEDE:

☐ **la valutazione** - ☐ **la rivalutazione**

Per il seguente intervento/servizio/struttura: **SERVIZIO SAD (Assistenza Domiciliare);**

Al riguardo, allega la seguente documentazione (selezionare la documentazione presentata):

☐ Fotocopia del documento di identità di validità del beneficiario e del richiedente se diverso;

☐ Altra documentazione (indicare) _____

il diretto interessato/chi ne fa le veci DICHIARA, sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000) di aver preso visione e accettato in tutte le sue parti, senza riserva alcuna, l'Avviso Pubblico che regola l'attivazione del servizio in oggetto e di trovarsi nella seguente condizione (barrare):

a) composizione del nucleo familiare:

- ☐ presenza di 3 o più familiari conviventi;
- ☐ presenza di 2 familiari conviventi;
- ☐ presenza di 1 solo familiare convivente;
- ☐ persona sola;

b) disponibilità di una rete parentale:

- ☐ presenza di almeno 2 familiari nella possibilità di prestare assistenza;
- ☐ presenza di 1 familiare nella possibilità di prestare assistenza;
- ☐ persona senza rete familiare;

c) DSU/Attestazione ISEE

- ☐ di possedere una DSU/Attestazione ISEE in corso di validità alla data di presentazione della presente domanda;
- ☐ Valore ISEE del richiedente: € _____

Lì, _____

Firma del diretto interessato/chi ne fa le veci

Autorizza

Il trattamento dei propri dati ai sensi del T. U. sulla privacy D. Lgs n. 196/2003, d. Lgs. n. 101/2018 e del Regolamento U.E. 2016/679; il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica; la ASL BT a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Comune, Provincia, Regione, Distretti S.S.) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi sociosanitari che riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito presso strutture/servizi, il Comune di residenza, l'Ambito Territoriale e/o la PUA, nonché gli altri Servizi per cui si è presentata richiesta di accesso, a utilizzare in formato cartaceo o con supporto informatizzato i dati personali ai soli fini connessi alla presente richiesta

Firma del diretto interessato/chi ne fa le veci _____