

Al Distretto Socio Sanitario D6

Al PUA ASP 1- Ribera

Oggetto: Istanza di ammissione al Servizio ADI/ADA per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti – P.A.C. Piano di interventi di Cura per gli Anziani.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il ___ / ___ / _____ e residente a _____
in via _____ n. ___ Codice fiscale _____, in
qualità di. _____.

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO AL SERVIZIO

ADI **ADA**

per se stesso/a

per il/la Sig/ra _____ nato/a

_____ () il _____ residentae in

_____ () in via _____ n. _____

Recapiti telefonici _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76) che:

Il nucleo familiare dell'anziano è così composto (compreso l'anziano):

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE PARENTELA	DI
------	---------	----------------------------	------------------------	----

Allega alla presente:

- Attestazione dell'indicatore della situazione economica I.S.E.E. socio-sanitaria, ai sensi del DPCM n. n. 159/2013 e succ. modifiche e integrazioni;
- Certificazione attestante la condizione di non autosufficienza, rilasciato Medico di Medicina Generale;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

FIRMA
