

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE  
SOCIALE (S.A.D.) IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON  
AUTOSUFFICIENTI**

Oggetto: Richiesta di accesso al Servizio.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, stato civile \_\_\_\_\_, recapito telefonico

\_\_\_\_\_, indirizzo e-mail \_\_\_\_\_, in qualità di:

diretto interessato,

oppure

familiare (grado di parentela) \_\_\_\_\_,

tutore,

curatore,

amministratore di sostegno;

**IN NOME E PER CONTO**

Del/lla sig.re/ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,

all'indirizzo

n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, Stato

civile \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_, indirizzo email

\_\_\_\_\_:

## CHIEDE

### L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI:

Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) in favore di persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

A tal fine

## DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art. 75 e76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, sotto la propria responsabilità (condizione riferita al beneficiario della prestazione richiesta):

a) Che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di \_\_\_\_\_ (anni compiuti);

b) Che le sue condizioni familiari sono le seguenti:

persona che vive sola;

persona coabitante con 2 o più figli / genitori, parenti o affini o assistente familiare.

### COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

Cognome / Nome	Età	Grado parentela	Disabilità fisica/psichica o invalidità [X]		Percentuale Invalidità [%]	L.104/92ART3 [X]	Indennità accompagnam. [X]
			SI				
			NO				
			SI				
			NO				
			SI				
			NO				

c) Che il valore ISEE ORDINARIO del proprio nucleo familiare, per l'annualità in corso è pari ad euro .

\_\_\_\_\_

- CHE IL DESTINATARIO DEL BENEFICIO RICHIESTO HA BISOGNO DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI

DI ASSISTENZA E SOSTEGNO DOMICILIARE:

Operatore Socio-Sanitario

- Aiuto nell'igiene personale (quotidiana)
- Aiuto per il bagno/doccia
- Aiuto nel vestirsi
- Aiuto nella deambulazione
- Aiuto nell'igiene ambientale
- Medicazioni di semplice attuazione
- Postura e mobilizzazione
- Altro (specificare)\_\_\_\_\_

Ausiliare

- Preparazione pasti
- Supporto assunzione pasti
- Aiuto nella deambulazione
- Accompagnamenti per visite mediche
- Aiuto nell'igiene ambientale
- Aiuto negli acquisti
- Disbrigo pratiche
- Altro (specificare)\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Documenti da allegare:

- Copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario, pena esclusione;
- Eventuale certificazione del Medico di Medicina Generale ed eventuale copia del verbale

della Commissione di Invalidità Civile e indennità di accompagnamento;

- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni della persona necessitante il servizio.
- Relazione sociale a cura del Servizio Sociale professionale del Comune di appartenenza

La domanda va inoltrata al seguente indirizzo mail: [pnrr.serviziodomiliare@gmail.com](mailto:pnrr.serviziodomiliare@gmail.com) o consegnata presso la sede amministrativa della ASP Castriota & Corroppoli in via Papa Giovanni XXIII n. 4 Chieuti nei giorni di: lunedì e mercoledì dalle 9,30 alle 12,30/ giovedì dalle 16,00 alle 18,00. Per informazioni e chiarimenti rivolgersi al numero 0881/331373 Coop. soc. Medtraining dalle ore 9,30 alle ore 14,00 da lunedì a venerdì.

### **AUTORIZZA**

Il trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento per le attività previste dalla presente procedura.

I dati personali raccolti, nell'ambito della presente procedura, saranno trattati anche con strumenti informatici nel rispetto della normativa sulla privacy, di cui al D.Lgs. n° 196 del 30/06/2003, modificato dal Decreto Legislativo 101 del 10 agosto 2018 e a livello europeo dal GDPR 2016/679 – Regolamento Europeo sulla Protezione Dati.

In appendice al presente modulo, l'informativa.

---

LUOGO E DATA

---

FIRMA DEL RICHIEDENTE

#### INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La Cooperativa Medtraining, ai sensi degli artt. 13 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati), informa che:

- 1) il “Titolare” del trattamento dei dati personali è la Cooperativa Medtraining, con sede in Corso del Mezzogiorno, 10 - Foggia;
- 2) il trattamento dei dati personali dei soggetti coinvolti nel presente procedimento è finalizzato esclusivamente all’espletamento della suddetta procedura;
- 3) i dati personali forniti potranno essere oggetto di comunicazione ad altri enti pubblici solo in presenza di espressa previsione di legge o di regolamento, o se risulti comunque necessario per lo svolgimento di funzioni istituzionali;
- 4) destinatario dei dati personali è il personale della Cooperativa Medtraining coinvolto nell’espletamento del procedimento medesimo;
- 5) il trattamento dei suddetti dati verrà effettuato in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi e potrà essere attuato mediante strumenti manuali, informatici e telematici idonei alla memorizzazione, alla gestione e alla trasmissione;
- 6) i dati verranno conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento e dei compiti di interesse pubblico o connessi all’esercizio;
- 7) gli interessati godono dei diritti di cui all’art. 15, Regolamento (UE) 2016/679.

La partecipazione al procedimento implica accettazione della presente informativa e costituisce espressione di libero, informato e inequivocabile consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra descritte, ai sensi dell’art. 7, Regolamento (UE) 2016/679.