

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO AG 7



Menfi



Sambuca di Sicilia



Santa Margherita B.



Sciacca



Caltabellotta



Montevago



A.S.P. Agrigento

Al Comune di _____

Oggetto: Richiesta di accesso al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per l'erogazione di prestazioni socio- assistenziali integrate alle prestazioni sanitarie erogate dall'ASP, in favore di soggetti ultra sessantacinquenni non autosufficienti , da erogare a mezzo voucher.

AZIONE N. 5 DEL PIANO DI ZONA 2018/2019

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente in _____ via/piazza _____ n _____

Telefono _____ e-mail _____

familiare (specificare grado di parentela) _____ del

Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____ residente in _____

via/piazza _____ n _____ telefono _____;

altro(specificare) _____ del Sig./Sig.ra _____

_____ nato/a _____ il _____

Residente in _____ via/piazza _____ n _____

CHIEDE

L'attivazione del servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti, da erogare a mezzo voucher.

Dichiara che l'ASP ha già attivato o sta attivando il Servizio di assistenza domiciliare integrata.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione medica, redatta dal medico curante, attestante la necessità di usufruire del servizio in relazione alle condizioni di salute;
- Copia fotostatica di valido documento d'identità del richiedente;
- Modello ISEE socio sanitario in corso di validità;

Si prende atto che, le istanze saranno accolte fino ad esaurimento delle somme finanziate.

Data _____

FIRMA

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, esclusivamente, per la presente richiesta e con le modalità previste nel rispetto del Regolamento UE 2016/679

FIRMA
