

**SUB-AMBITO A.O.D. 3**  
**DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.31-LEGGE 328/2000**  
**COMUNE CAPOFILA CASTELL'UMBERTO**  
**Telef. 0941/438350 - Fax 0941/438657**

**AL SIGNOR SINDACO**  
**DEL COMUNE DI**  
**San Marco d'Alunzio (ME)**

OGGETTO: Legge 328/00.- P.d.Z. 2013/2015.- Sub-Ambito AOD 3 del Distretto Socio-Sanitario n.31. Progetto  
"Sostegno Anziani a Domicilio" III<sup>a</sup> annualità .-  
Richiesta servizio di assistenza domiciliare anziani mediante *Voucher* – anno 2023 .

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di usufruire del servizio di **ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI, mediante voucher.- Anno 2023**  
Relativamente alle seguenti prestazioni:

(Contrassegnare con la crocetta la casella che interessa)

- AIUTO DOMESTICO**  
 **IGIENE E CURA DELLA PERSONA**  
 **DISBRIGO PRATICHE**

A tal fine ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445:

**DICHIARA**

1. Di possedere i requisiti previsti dalla legge per l'ammissione al servizio;
2. Di impegnarsi a pagare la quota di compartecipazione, se dovuta, secondo i limiti previsti dal Decreto Regionale 15/04/2003 dell'Assessorato alla Famiglia.

**Allega alla presente:**

1. Dichiarazione DSU con attestazione ISEE relativa ai redditi percepiti nell'anno 201\_, rilasciata secondo la normativa vigente dal 02-01-2015, valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.
2. Certificazione medica attestante il grado di non autosufficienza,
3. Autodichiarazione stato di famiglia;
4. Copia documento riconoscimento.

Autorizza ai sensi delle vigenti disposizioni sulla privacy, il trattamento dei dati ai fini del presente procedimento:

Il sottoscritto dichiara inoltre, di essere consapevole della decadenza del beneficio, in caso di ammissione al servizio, per dichiarazioni rese non veritiere, punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_