Spett.le
ASP Castriota & Corroppoli

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)_____

nato/a a _____il _____

residente in _____via_____n. _____

domicilio (se diverso da residenza) via _____n. _____

Recapito telefonico _____Codice Fiscale _____

Stato civile _____

MMG dr. _____tel. _____

Servizio sociale Comune di _____

CHIEDE

l'attivazione del **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE RESIDENTI NEI COMUNI DI CHIEUTI, LESINA, POGGIO IMPERIALE, SAN PAOLO DI CIVITATE, SERRACAPRIOLA**

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e consapevole delle conseguenze anche penali previste dagli artt. 75 e 76 del citato provvedimento in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare convivente è così composto:

Cognome e Nome	Data di nascita	Recapito telefonico	Grado di parentela	Non autosufficiente SI/NO

DICHIARA INOLTRE

- di accettare integralmente e senza condizioni le norme contenute nel Regolamento del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD);

SI IMPEGNA A:

- firmare mensilmente i fogli di presenza dell'operatore domiciliare;
- avvertire tempestivamente il coordinatore del servizio e l'operatore domiciliare nel caso di temporanee assenze dal proprio domicilio;
- concordare con il coordinatore del servizio eventuali modifiche di orario, giorni;
- comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero subentrare circa la situazione economica, familiare etc.;
- segnalare qualsiasi disservizio o problema verificatosi nello svolgimento del servizio;

ALLEGA

- Attestazione ISEE corrente
- SVAMA sociale a cura dell'Assistente sociale del servizio sociale professionale del comune di residenza;
- Relazione sullo stato di salute del MMG
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità

- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni della persona (elencare di seguito):
  - _____
  - _____
  - _____

Familiare di riferimento (care giver):

Cognome e Nome	Data di nascita	Recapito telefonico	Grado di parentela

Altre persone significative di riferimento (altri familiari, tutore, amici, volontari,):

Cognome e Nome	Data di nascita	Recapito telefonico	Grado di parentela

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs.196 del 30 giugno 2003

Luogo e data

Firma del richiedente

_____

La domanda va inoltrata al seguente indirizzo mail: pnrr.serviziodomiciliare@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