

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  
 \_\_\_\_\_