



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 42 della REGIONE SICILIANA  
Comune di Palermo- Capofila  
Area della Cittadinanza Sociale  
ISTANZA DI ACCESSO  
ASSISTENZA DOMICILIARE NON INTEGRATA  
CON L'ASSISTENZA SANITARIA  
S.A.D – P.A.C

**OGGETTO: Richiesta per il Servizio di Assistenza Domiciliare non Integrata con l'Assistenza Sanitaria. ( SAD)**

**Al servizio integrazione Sociale**  
**U.O. Gestione Fondi PAC**  
**Per il tramite del Servizio Sociale di Comunità della**  
\_\_\_\_\_ **Circoscrizione**  
**O**  
**Per il tramite del Servizio sociale del**  
**Comune ( indicare il Comune del Distretto)**  
\_\_\_\_\_

**Il /la sottoscritto/a (Cognome**  
**Nome)** \_\_\_\_\_

**Nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **residente in via / Piazza**

\_\_\_\_\_

**Nr** \_\_\_\_\_ **C.F.** \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_ **cell.** \_\_\_\_\_

**In qualità di ( convivente, figlio/a, conoscente,**  
**altro** \_\_\_\_\_

**Chiede l'attivazione del Servizio di assistenza Domiciliare non Integrata con l'Assistenza sanitaria in favore di**

- Diretto interessato**
- Per conto di**

\_\_\_\_\_

**A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con epecifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti ( articoli 75 e 76 del DPR 445/2000) sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

- **Di trovarsi nella seguente condizione familiare:**
- **anziano/a che vive solo/a**
- **coppia di anziani senza rete parentale**
- **anziano con familiari di provvedervi per comprovati motivi**
- **anziano/a e/o coppia che vive in aree periferiche ( rurali, extraurbane)**

**Si allega:**

**Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del richiedente.**

**Certificazione rilasciata dal medico di Medicina generale nel caso di soggetto anziano non autosufficiente.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003 il distretto socio sanitario 42 e per esso l'Umità Organizzativa U.O. gestione Fondi PAC , al trattamento dei proprio dati personali per l'istruzione della pratica relativa al servizio SAD . PAC Anziani.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_