

**Riservato al Comune**  
(timbro protocollo)

Al Comune di

.....  
(Comune di residenza del beneficiario del voucher sociale)

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER SOCIALE  
SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI (SADA)  
ANNO 2021/22**

(modulo da compilare in stampatello)

**RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a (cognome).....(nome).....  
Nato/a.....Prov. di.....il.....  
Residente in.....via.....n.....  
Telefono..... Codice fiscale ..... Età .....

**CHIEDE**

l'assegnazione del voucher sociale, ai sensi del bando approvato con Delibera del Comitato dei Sindaci n.3 dell'08/11/2021 del Distretto Socio Sanitario n.37, per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare rivolti ad anziani.

A tal fine, a conoscenza del disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 che testualmente recita:

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 (certificazione) e 47 (notorietà) e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'art. 4 - 2° comma - (impedimento temporaneo) sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.
4. (omissis).

fermo restando, a norma del disposto dell'art. 75 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

1. di essere nato il ..... a .....
2. di essere residente a ..... in via ..... n. ....
3. di essere / non essere stato riconosciuto/a invalido/a civile, con percentuale d'invalidità del .....%, come da verbale numero.....del.....rilasciato da ..... di .....

**il richiedente  
DICHIARA INOLTRE**

di vivere da solo;

oppure

di vivere con i seguenti componenti il proprio nucleo familiare:

1.

Cognome - Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di parentela con il richiedente

2. di non percepire l'indennità di accompagnamento e che nessun altro componente della famiglia ne beneficia;

3. di non avere figli;

**OPPURE**

- tutti i figli vivono fuori dal territorio comunale;
- tutti i figli si trovano in precaria situazione sanitaria;
- tutti i figli sono impossibilitati a prestare assistenza in quanto gli stessi si prendono cura di un parente convivente in grave difficoltà sanitaria.

(Nelle ultime due fattispecie è obbligatorio presentare certificazione medica specialistica di strutture pubbliche)

4. di autorizzare l'Ufficio di Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza ad effettuare visite domiciliari ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sulla assistenza prestata;

5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza:

- eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
- eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità dei servizi resi;

....., data.....

In fede  
Il richiedente

.....

Alla domanda dovranno essere allegati i seguenti documenti:

1. copia documento di riconoscimento in corso di validità;
2. eventuale documentazione a supporto delle dichiarazioni rese.

Il Comune di residenza e il Comune di Termini Imerese (capofila) trattano i dati personali nel rispetto del Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali (UE) 2016/579 (General data Protection Regulation, "GDPR"), del D.lgs. 30/06/2003 n.196 ("Codice Privacy"), e delle successive modifiche e integrazioni.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante .....  
acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto  
in essere.

luogo....., data.....

Firma.....