**AL SIGNOR SINDACO**

**Ufficio Servizi Sociali**

**TUSA**

Oggetto: L. 328/2000 – Fondi PdZ - Istanza Servizio di Assistenza Domiciliare agli Anziani.

\_\_L\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in Tusa, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e- mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia.

**CHIEDE**

di potere usufruire delle seguenti prestazioni previste dal Servizio di Assistenza Domiciliare:

* Aiuto domestico;
* Espletamento pratiche e sostegno psicologico.

A tale scopo dichiara di scegliere fra le seguenti, la Cooperativa Sociale (ente no Profit) accreditata presso l'Albo Distrettuale per l'Area Anziani presso cui utilizzare i voucher assegnati (segnare con una x la coop. Scelta):

* Anchise Soc. Coop. Sociale ARL
* Società Cooperativa "GLOBAL SERVIZI”
* Società Cooperativa “Nuovi Orizzonti”
* Società Cooperativa “Amanthea”
* “Iside” Società Cooperativa Sociale
* Associazione “Ialite”
* Centro Studi Aurora ETS
* Società Cooperativa “L’Arca Onlus”
* Cooperativa “Nido D’Argento”
* Associazione “Pink Project”
* Cooperativa Sociale “Nuova Generazione”
* Cooperativa Sociale “Coo.ser.”

Dichiara inoltre di essere consapevole che è prevista la compartecipazione al costo.

Allega alla presente, in busta chiusa con la dicitura *“Contiene dati sensibili”,* i seguenti documenti:

1. eventuale certificazione medica attestane la non autosufficienza;
2. fotocopia documento di riconoscimento;
3. Attestazione I.S.E.E;
4. Fotocopia certificato d’invalidità e/o certificazione L104/92.

Dichiara a norma del DPR 445/2000 che le allegate copie di documenti sono conformi agli originali dal sottoscritto custoditi.

Ai sensi dell’art. 13 del D lgs 30/giugno 2003 n. 196, i dati acquisiti in esecuzione del presente avviso verranno utilizzati esclusivamente per le finalità relativo al procedimento amministrativo per il quale gli anzidetti dati vengono comunicati secondo le modalità previste dalla legge e dai regolamenti vigenti.

Tusa lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_