



# COMUNE DI SAN FILIPPO DEL MELA

## CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA

Tel. 0909391840-fax 0909391847

e-mail : [servizi-persona@comune.sanfilippodelmela.me.it](mailto:servizi-persona@comune.sanfilippodelmela.me.it)  
pec: [servizi-persona@pec.comune.sanfilippodelmela.me.it](mailto:servizi-persona@pec.comune.sanfilippodelmela.me.it)

**Al Signor Sindaco del Comune  
di San Filippo del Mela**

**Oggetto: Richiesta servizio di assistenza domiciliare anziani (S.A.D.A.).**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in San Filippo del Mela, Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_  
(specificare se familiare o altro)

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Trovandosi nelle condizioni volute dalle vigenti disposizioni.

### CHIEDE

Alla S.S. di essere ammesso/a a fruire del servizio di assistenza domiciliare anziani per le prestazioni di seguito indicate:

- Aiuto Domestico
- Disbrigo Pratiche
- Trasporto
- Assistenza Infermieristica
- Igiene e Cura

**consapevole** che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

### DICHIARA

di essere celibe/nubile   
coniugato/a con \_\_\_\_\_  
vedovo/a

b) di percepire l'indennità di accompagnamento SI  NO

**Garanzia di protezione e riservatezza dei dati**

Il Comune di San Filippo del Mela dichiara che, in esecuzione degli obblighi imposti dal Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, relativamente alla presente istanza, potrà trattare i dati personali in essa contenuti sia in formato cartaceo che elettronico per finalità commesse al servizio richiesto. Il trattamento dei dati avverrà ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e comunque in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati. In qualsiasi momento potrete esercitare i diritti di cui al Regolamento UE 679/2016. Il titolare del trattamento è il Comune di San Filippo del Mela.

---

**SI ALLEGA:**

- Scheda valutativa del medico di base
- Dichiarazione I.S.E.E. valida rilasciata dopo il 15/01/2019
- Fotocopia del documento di identità

San Filippo del Mela, li \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

---



# COMUNE DI SAN FILIPPO DEL MELA

## CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA

Tel. 0909391840-fax 0909391847

e-mail: [servizi-personale@comune.sanfilippodelmela.me.it](mailto:servizi-personale@comune.sanfilippodelmela.me.it)  
pec: [servizi-personale@pec.comune.sanfilippodelmela.me.it](mailto:servizi-personale@pec.comune.sanfilippodelmela.me.it)

### Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani

#### Scheda valutativa

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di medico di base dell'assistito

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in San Filippo del Mela Via \_\_\_\_\_

#### Riconosce l'interessato

- AUTOSUFFICIENTE
- PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE
- NON AUTOSUFFICIENTE

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

IL MEDICO

\_\_\_\_\_

