

Al Servizio Sociale  
Del Comune di Cefalà Diana

Oggetto: Richiesta accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare SAD anno 2026.

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) ..... nato/a a  
..... prov..... il ..... Codice Fiscale  
..... residente in .....  
via..... n.civ..... Prov..... CAP.....  
Telefono ..... E-mail .....  
PEC..... nella qualità di richiedente oppure  
..... (figlio , amministratore di sostegno, tutor, ecc....) del soggetto  
interessato di seguito indicato:  
Nome e cognome .....nato/a .....  
..... il ..... residente .....  
.in via ..... n..... C.F..... tel.n.  
.....)

**CHIEDE**

di poter usufruire per l'anno in corso del servizio di *(contrassegnare con una X la voce che interessa)*:

- Assistenza Domiciliare Anziani ai sensi delle LL.RR. 87/81, 22/86 e ss.mm.ii;  
 Assistenza Domiciliare Disabili ai sensi delle LL.RR.68/81, 16/86, 33/91 e ss.mm.ii.  
 per se stesso/a  
 per il/la sig.r/a : .....

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che il destinatario per cui si richiede l'ammissione al servizio:

- ha Cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all'Unione Europea o, per cittadini extra UE, è titolare di idoneo e valido permesso di soggiorno
- è residente nel Comune di Cefalà Diana
- di Età \_\_\_\_\_;
- è in condizioni di non autosufficienza o di invalidità certificata (verbale di invalidità);
- è in possesso di certificato del medico curante nella quale è dichiarato che lo stato di non autosufficienza del paziente non richieda una prestazione socio- sanitaria bensì un servizio socio-assistenziale;
- non è ricoverato in un istituto pubblico o privato convenzionato;
- non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare (a valere su fondi sanitari o sociali);

- i familiari o conviventi sono impossibilitati a garantire in modo adeguato la propria cura e assistenza;
- che il nucleo familiare è composto dalle seguenti unità:

Cognome e nome	Luogo e nascita	Grado di parentela	Codice fiscale

- che la condizione familiare del beneficiario è la seguente (*contrassegnare con una X la voce che interessa*)

- Anziano solo non autosufficiente
- Anziano solo non autosufficiente con familiari non residenti in città con figli residenti nel Comune
- Anziano solo non autosufficiente con totale assenza di figli o soggetti tenuti agli alimenti
- Anziano solo parzialmente autosufficiente
- Anziano solo non autosufficiente con totale assenza di figli o soggetti tenuti agli alimenti;
- coppia di anziani di cui almeno uno non autosufficiente o anziana/o con familiari disabili non in grado di prestare assistenza
- Coppia di anziani entrambi non autosufficienti (con due domande)
- Coppia di anziani di cui uno non autosufficiente e uno parzialmente autosufficiente

- che presenta il seguente stato di salute/invalidità (*contrassegnare con una X la voce che interessa*):

- Portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 Legge 104/92)
- Portatore di handicap (art. 3, co. 1, Legge 104/92)
- Invalido civile al \_\_\_\_\_
- Invalido al 100%
- Indennità di accompagnamento
- malattia rara attestato con certificato del medico curante o che richiede cure fuori regione

- che la condizione abitativa è la seguente (*contrassegnare con una X la voce che interessa*):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abitazione inidonea:              | <input type="checkbox"/> barriere architettoniche interne ed esterne |
|  | <input type="checkbox"/> Bagni inidonei                              |
|  | <input type="checkbox"/> vano ascensore inidoneo/ inesistente        |
|  | <input type="checkbox"/> Zona isolata                                |
| <input type="checkbox"/> abitazione parzialmente inidonea: | <input type="checkbox"/> Barriere interne ed esterne                 |
|  | <input type="checkbox"/> Zona poco servita                           |
|  | <input type="checkbox"/> Coabitazione più nuclei                     |

- che presenta la seguente situazione reddituale (*contrassegnare con una X la voce che interessa*):

- Isee minore di € 3.000,00
- Isee compreso tra 3.000,01 e 6.000,00
- Isee compreso tra 6.000,01 e 9.000,00
- Isee compreso tra € 9.000,01 e € 15.000,00
- Isee maggiore di € 15.000,00

## DICHIARA

di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di essere consapevole che l'ammissione alle prestazioni di assistenza è subordinata, a pena di esclusione, alla completezza della documentazione allegata alla presente domanda e, pertanto, allega:

- documentazione medica attestante la condizione di non autosufficienza o di disabilità (verbale d'invalidità civile, attestazione di handicap ai sensi della L.104/92 e ogni altra documentazione utile alla valutazione);
- attestazione del Medico di Medicina Generale nella quale sia dichiarato che lo stato di non autosufficienza del paziente non richieda una prestazione socio- sanitaria bensì un servizio socio-assistenziale;
- attestazione I.S.E.E. in corso di validità ;
- autocertificazione attestante l'impossibilità dei suoi familiari o conviventi a garantire in modo adeguato la cura del soggetto richiedente;
- copia del Codice Fiscale del beneficiario;
- certificato di Stato di famiglia (oppure autocertificazione);
- copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'ufficio di tutore/amministratore di sostegno.

*Luogo e data*

*Il Richiedente*

\_\_\_\_\_  
*(firma per esteso leggibile)*

## **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO U.E. 2016/679 SULLA PROTEZIONE DATI (GDPR)**

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, si forniscono le seguenti informazioni:

Titolare del trattamento è il Sindaco del Comune di Cefalà Diana – Piazza Umberto I n. 19 – 90030 Cefalà Diana

Per il trattamento in questione il Comune di Cefalà Diana può avvalersi di soggetti terzi per l'espletamento di attività o relativi trattamenti di dati personali di cui il Comune di Cefalà Diana è la titolarità. Conformemente a quanto stabilito dall'art. 28 del Regolamento UE n. 679/2016 con tali soggetti il Comune di Cefalà Diana sottoscrive contratti che vincolano il Responsabile al rispetto della normativa vigente.

Il Responsabile della protezione dei dati è il Dott. Marco La diega all'indirizzo mail: [dpo@comune.cefaladiana.pa.it](mailto:dpo@comune.cefaladiana.pa.it).

Il trattamento dei dati è necessario per l'effettuazione del procedimento e l'esecuzione degli adempimenti di interesse pubblico (art. 6 par. 1 lett. E, del Regolamento Europeo) ed avviene in modo lecito, corretto e trasparente, nel rispetto dei principi di cui all'art. 5 del Regolamento.

I dati personali sono trattati da personale autorizzato, per le finalità istituzionali del Comune di Cefalà Diana e possono essere comunicati a terzi secondo quanto previsto dalle normative in materia. I dati saranno conservati per il tempo previsto dalle norme specifiche in materia. I dati sono trattati sia con procedure informatizzate e telematiche, sia con modalità manuali, anche attraverso gestori individuati dal Comune.

Gli interessati possono avvalersi, ove applicabili, dei diritti di accesso (art. 15), di rettifica (art. 16), di cancellazione (art. 17), di notifica (art. 19), di portabilità (art. 20), di opposizione (art. 21) rivolgendosi ai contatti sopra indicati. In ultima istanza, oltre alle tutele in sede amministrativa e giurisdizionale, è ammesso il ricorso all'Autorità Garante: <http://www.garanteprivacy.it>.

Il Comune non utilizza modalità di trattamento basate su processi decisionali automatici (art. 22). Ai sensi degli artt. 7, 12, 13 del Regolamento UE 679/2016 il/la sottoscritto/a, con la firma della presente dichiarazione, **ACCONSENTE** al trattamento dei dati suindicati per le finalità sopra enunciate.

Acconsento

Confermo di aver preso visione dell'informativa sulla privacy

Luogo e data

Il Richiedente

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso leggibile)