

ALLEGATO "B"

AL COMUNE DI SANTA CROCE CAMERINA

Ufficio dei Servizi Sociali  
Sede

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Santa Croce Camerina in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono personale  
\_\_\_\_\_ telefono di un familiare \_\_\_\_\_.

CHIEDE

Di essere ammesso al servizio di assistenza domiciliare finanziato con fondi PAC giusto Decreto ministeriale n. 3554/PAC.

Dichiara, ai sensi della normativa vigente e consapevole delle sanzioni penali a cui va incontro in caso di dichiarazione falsa o mendace,

1. di essere residente a Santa Croce Camerina;
2. di essere in possesso della seguente certificazione comprovante la propria non autosufficienza (crociare ciò che interessa)

Attestazione anamnestica del Medico curante;

Altro (specificare):

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

3. di essere a conoscenza che il servizio di assistenza domiciliare finanziato con fondi PAC avrà termine improrogabilmente il 30 giugno 2022;
4. di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega:

- ISEE in corso di validità;
- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Attestazione anamnestica del Medico Curante;
- Altro (specificare):

---

---

---

---

Santa Croce Camerina, li \_\_\_\_\_

In Fede

---