

**AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE di GALATINA**

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di poter usufruire del **Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata**, in favore degli anziani non autosufficienti, istituito da codesta Amministrazione in accordo con l'A.U.S.L. LE/1, che prevede in base al progetto di intervento personalizzato, le seguenti prestazioni:

**di natura socio-assistenziale:**

- a) Cura della persona;
- b) Igiene della persona e dell'abitazione;
- c) Preparazione dei pasti, ed eventuale somministrazione;
- d) Prestazioni di lavanderia;
- e) Sostegno, se necessario, nel momento dell'alzata dal letto;
- f) Quant'altro si reputi necessario al sostegno di tipo socio-assistenziale, previsto nel progetto di intervento personalizzato.

**di natura sanitaria:**

- a) prestazioni infermieristiche;
- b) prestazioni medico geriatriche;
- c) prestazioni riabilitative.

**Allega i seguenti documenti:**

- Relazione medica comprovante la non autosufficienza;
- Attestazione I.S.E. e Dichiarazione Sostitutiva Unica delle condizioni economiche dell'intero nucleo familiare, relative all'anno ....., rese ai sensi del D.L. n°109/98 e successive modifiche ed integrazioni, al fine di determinare la quota di compartecipazione alla spesa inerente la prestazione erogata dal Comune.

Galatina, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)