



**COMUNE CAPOFILA: CATANZARO - AMBITO TERRITORIALE DI CATANZARO**

(Albi, Amato, Andali, Belcastro, Borgia, Botricello, Caraffa di Catanzaro, Catanzaro, Cerva, Cicala, Cropani, Fossato Serralta, Gimigliano, Magisano, Marcedusa, Marcellinara, Miglierina, Pentone, Petronà, San Floro, San Pietro Apostolo, Sellia, Sellia Marina, Sersale, Settingiano, Simeri Crichi, Sorbo San Basile, Soveria Simeri, Taverna, Tiriolo, Zagarise)

Allegato F

**SCELTA ORGANISMO EROGAZIONE SERVIZI ASSISTENZA DOMICILIARE NEI  
CONFRONTI DI ANZIANI E PERSONE CON DISABILITÀ SADA-SADD FNA17-18**

I sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

utilmente inserito nella graduatoria per l'erogazione dei servizi SADA - SADD

(da compilare la sezione sottostante con i dati, se presente, di

**Tutore**  **Amministratore di Sostegno**  **Familiare** ( \_\_\_\_\_ )  **altro**

\_\_\_\_\_

I sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**VISTO**

L'albo degli enti accreditati per l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali in favore di persone non autosufficienti

**DICHIARA**

che l'Organismo scelto per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare nei confronti di anziani e persone con disabilità (SADA -SADD)

è il seguente: \_\_\_\_\_

**delega alla consegna della presente dichiarazione:**

I sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Grado di parentela:  marito/moglie  genitore  nonno/a  figlio/a  zio/a  nipote  
 suocero/a  cognato/a  tutore/curatore  altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

I sottoscritt \_\_\_\_\_ si impegna a comunicare con tempestività ogni variazione indicando la motivazione.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (firma)

Allegato: Fotocopia documento identità