

## ALLEGATO B

AI DIRIGENTE DEL SETTORE VII

del Comune di Ragusa

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Ragusa 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 consapevoli delle sanzioni penali a cui va  
incontro in caso di dichiarazione falsa o mendace che:

- 1) È residente a Ragusa;
- 2) E' in possesso della seguente certificazione comprovante la propria non  
autosufficienza ( crociare ciò che interessa):

- attestazione anamnestica del Medico curante;  
 altro ( specificare) :  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

3) E' 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):

## Ragusa

in fede

## Attestazione anamnestica del Medico Curante

### GENERALITÀ DEL PAZIENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

### 1. Eventi morbosì pregressi

---

---

---

---

### 2. Patologie in atto

---

---

---

---

### 3. Condizioni mentali

- Buone o discrete (costante *lucidità* nel ragionamento)
- Alterate (alterna momenti di *lucidità* a momenti di *non lucidità*)
- Scadute (costante *non lucidità* nel ragionamento)

### 4. Stato nutrizionale

- Normale
- Eccessivo
- Carente

### 5. Deficit di vista

- No
- Si       corretto       non corretto

**6. Deficit di udito**

- No  
 Si       corretto       non corretto

**7. Capacità di deambulare (anche con riferimento alla conseguente capacità di provvedere all'igiene dell'abitazione, all'igiene personale e alla preparazione pasti)**

- Buona o discreta  
 Parzialmente ridotta  
 Ridotta  
 Nulla

**8. Incontinenza**

- No  
 Si urine  
 Si feci

**9. Eventuali altre annotazioni sulle condizioni di autosufficienza**

Ragusa, \_\_\_\_\_

Il Medico Curante  
(timbro e firma)