

## 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 consapevole 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 morbosi 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
- ☐ Sì      ☐ 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)