



Città di Marano di Napoli
Quarto
Settore Politiche Sociali



Comune di
Settore Affari Sociali

UFFICIO DI PIANO
AMBITO TERRITORIALE N15 LEGGE 328/00

All'Ufficio Protocollo del
Comune di Marano di Napoli

c.a. Coordinatore Ufficio di Piano

Modulo per la Richiesta Ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (Adi) per Disabili

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____ cod fiscale _____

Residente a _____ in via _____

Telefono _____

In qualità di: (barrare una sola opzione) Genitore Figlio Conoscente Altro

Chiede di essere ammesso a fruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata per disabili
(Barrare una sola opzione)

- diretto interessato
- per il/la sig./ra

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Cod.fiscale _____ tel _____



Città di Marano di Napoli
Quarto
Settore Politiche Sociali



Comune di
Settore Affari Sociali

UFFICIO DI PIANO
AMBITO TERRITORIALE N15 LEGGE 328/00

A tal fine, il sottoscritto, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

Dichiara

Che la persona per la quale si chiede l'ammissione al Servizio Adi risulta:

- invalido civile al _____%
 - titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 18/80
 - titolare di status di handicap ai sensi della legge 104/92 art. 3, comma 1
 - titolare di status di gravità ai sensi della legge 104/92 art. 3, comma 3
 - assistito dall'Asl per prestazioni infermieristiche o altro (Specificare la tipologia d'intervento)
-

Indicare la scelta di uno dei soggetti Accreditati alla Gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare per Disabili di seguito elencate:

- Cooperativa Sociale L'Albero delle Esperienze Via Dalla Chiesa, 37 Qualiano
lalberodelleesperienze@gmail.com
- Cooperativa Sociale La Rinascita in Via Cesare Pavese 8, Mugnano (NA)
cooplarinascita@libero.it
- Cooperativa sociale La Vela via G. Porzio 4, Is. G8, C. Dir. Napoli cooplavela@gmail.com

Si allega alla presente domanda

- 1. Certificazione Isee aggiornata*
- 2. Fotocopia di un documento di riconoscimento valido*
- 3. Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso dei requisiti sanitari.*

Marano, ____ / ____ / ____

Firma _____