



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 \_\_\_\_\_