



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

**Modulo per la Richiesta Ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (Adi / Sad) per anziani non autosufficienti o con limitata autonomia.**

*Al Coord. Dell'Ufficio di Piano*

*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 Anziani (Adi / Sad)**  
(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 / Sad 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
- persona in condizione di limitata autonomia
- 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 Adi / Sad di seguito elencate:**

- Consorzio Gesco Via Nuova Poggioreale - Napoli (NA) – 80143- tel 081 7872037
- Cooperativa Sociale New Life in via G. Leopardi 14, Mugnano (NA) – tel. 0815713613
- Cooperativa Sociale Pellicano in via Roma 144, Capua (CE) – tel. 08231874827
- Consorzio Sanitel Ge.Ass. in via Nicolardi, p.co Arcadia 3, Napoli – tel. 0817411841
- Cooperativa sociale l'Alba, via C.Pavese II trav n.8- Mugnano- tel 081/5714589- fax 081/5712988

*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 (Certificazione sanitaria del medico curante, ecc.)*

Marano, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_