



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



## AMBITO SOCIALE N 22

Comuni di Somma Vesuviana (Capofila)

- Brusciano -Castello di Cisterna -Marigliano - Mariglianella - San Vitaliano

### DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI PER IL SOSTEGNO ALLE PERSONE VULNERABILI E PER LA PREVENZIONE DELL'ISTITUZIONALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Spett.le  
Ufficio di Piano  
Ambito Territoriale Sociale N22  
Via De Matha snc  
80049 Somma Vesuviana (NA)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
ATS \_\_\_\_\_;  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_;  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

▪ in qualità di diretto interessato

oppure

▪ in qualità di \_\_\_\_\_

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

(parte da compilare in caso di istanza richiesta da un familiare, convivente, tutore, amministratore o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere art. 4 DPR 445/2000):

nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_;  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



**di essere ammesso al Servizio PER IL SOSTEGNO ALLE PERSONE VULNERABILI E  
PREVENZIONE DELL'ISTITUZIONALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PER LA**

A tal uopo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D. Lgs 101 del 10/08/2018, per il quale esprime il proprio consenso:

**DICHIARA**

- di aver preso visione dell'avviso pubblico relativo al Servizio in questione pubblicato dall'Ambito N22;
- di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento di dati personali;
- di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano, per iscritto o tramite piattaforma SiCare, ogni variazione relativa alla condizione di salute;
- di essere l'unico membro del proprio nucleo familiare ad aver presentato istanza per l'avviso in oggetto;
- di :
  - usufruire del Servizio di Assistenza domiciliare per persone Anziane- Anno 2023/ 2024;
  - non usufruire del Servizio di Assistenza domiciliare per persone Anziane- Anno 2023/2024;
- di non usufruire, per l'anno in corso, di assegni di cura;
- di avere un'età di \_\_\_\_\_;
- di avere un ISEE pari a € \_\_\_\_\_, in corso di validità;
- che il proprio stato di famiglia è così composto:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA e/o AFFINITÀ

**A tal proposito allega alla presente:**

- copia di un documento di riconoscimento dell'interessato in corso di validità;
- attestazione ISEE in corso di validità;
- eventuale delega alla presentazione dell'istanza con copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato;
- copia di provvedimento di tutela, o amministrazione di sostegno, se necessario
- eventuale copia del documento di riconoscimento in corso di validità del Tutore Legale e/o Amministratore di Sostegno;

**Per il Servizio**

- certificazione attestante lo stato di disabilità ai sensi della legge 104/92 art.3 c.3;

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_