



AMBITO TERRITORIALE A6  
COMUNE CAPOFILA  
MUGNANO DEL CARDINALE (AV)

Comuni del Baianese: Avella Baiano Mugnano del C. le Quadrelle Sirignano Sperone  
Comuni del Vallo Lauro: Domicella Lauro Marzano di Nola Moschiano Pago del V.L. Quindici Taurano

**Ufficio di Piano**

Sede Via Campo n° 1 83027 Mugnano del Cardinale (AV)

☎ 081 18498552

mugnanoa6@virgilio.it

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

PIANO DI AZIONE COESIONE

Piano di Intervento Servizi di Cura per gli Anziani non Autosufficienti  
Secondo Riparto dei Servizi di Cura

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Domiciliato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ (da compilare solo se  
diverso dalla residenza)

In qualità di:

- persona anziana in condizione di non autosufficienza
- familiare ( entro il 4° grado) convivente con l'anziano o non convivente
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno dell'anziano

Per il sig./sig.ra \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di essere ammesso alla graduatoria degli aventi diritto per i servizi di assistenza domiciliare SAD/ADI.

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, si provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione rese, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000,

DICHIARA

(Barrare le caselle che interessano)

Che l'aspirante beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea in possesso di attestazione di regolarità di soggiorno;

- di essere cittadino di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno;
- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_, appartenente all'Ambito A6
- di aver compiuto i 65 anni di età;
- dipresentare uno stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza: (specificare se allettato) \_\_\_\_\_;
- di avere un nucleo familiare composto come indicato nella seguente tabella

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Eventuale stato di disabilità ( L. 104/92 art. 3 comma 3)

- di avere n° \_\_\_\_\_ figli non conviventi;
- di non usufruire di altro servizio di assistenza da parte dell'Ambito A6;

Allega alla presente:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano, sia dell'eventuale familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- Attestato ISEE SOCIO SANITARIO;
- Certificato del Medico di medicina generale attestante la non autosufficienza dell'anziano;
- eventuale copia del verbale della Commissione Invalidi Civili;

**NB. Le domande incomplete di documentazione richiesta non saranno prese in considerazione.**

*Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue: di avere preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei servizi di cura domiciliare per anziani non autosufficienti; di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria; di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.*

li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_