

Al Servizio Attività Amministrative  
della Municipalità 1

**Piano di Azione Coesione (PAC)**

**Servizi di cura agli Anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti**

**Richiesta di accesso al servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale**

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

alla Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di :

- Persona anziana ultrasessantacinquenne in situazione di non autosufficienza, per se stesso

*oppure*

- Familiare convivente o non convivente con l'anziano
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno che si occupa della tutela della persona anziana
- Componente delle rete informale dell'anziano ultrasessantacinquenne in situazione di non autosufficienza (volontario, vicino di casa, ecc.)

Per l'interessato/a Sig./Sig.ra:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

alla Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione alla graduatoria degli aventi diritto alla fruizione del servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE per Anziani non auto-sufficienti non in ADI della Municipalità 1, finanziato con i fondi PAC.

In Fede

Napoli, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Allega:

- Fotocopia del documento di riconoscimento;
- Copia Attestazione ISE ed ISEE 2016;
- Certificato del Medico di Medicina Generale (medico di famiglia) convenzionato con l'ASL, attestante lo stato di non autosufficienza e l'esigenza di cure domiciliari non sanitarie.