



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



### AMBITO SOCIALE N 23

Comuni di: Nola (Capofila) Camposano - Carbonara Di Nola - Casamarciano - Cicciano - Cimitile - Comiziano -Liveri - Roccarainola - San Paolo Bel Sito - Saviano - Scisciano - Tufino -Visciano

### AMBITO SOCIALE N 22

Comuni di: Somma Vesuviana (Capofila)- Brusciano -Castello di Cisterna -Marigliano, Mariglianella - San Vitaliano;

### AMBITO SOCIALE N 26

Comuni di: San Giuseppe Vesuviano (Capofila) – Ottaviano - Palma Campania – Poggiomarino - San Gennaro Vesuviano - Striano - Terzigno

## 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 – 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):





**Finanziato  
dall'Unione europea**  
NextGenerationEU



**A tal proposito allega alla presente:**

- copia di un documento di riconoscimento dell'interessato in corso di validità;
- attestazione ISEE ANNO 2023 in corso di validità al 31.12.2023;
- 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

\_\_\_\_\_