



Ambito Territoriale N 22

Comune di Somma Vesuviana – Capofila

Comuni di Bruscianno, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano

Allegato C

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI

(intendendosi per tali, coloro che abbiano compiuto o compiano nell'anno 2026 il 64° anno di età)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____

_____ C.F. _____

Cittadinanza _____ Tel. _____

E-mail _____

CHIEDE

☐ per se stesso

o nella qualità di ☐ figlio/a, ☐ tutore, ☐ curatore, ☐ altro (specificare) _____ per conto

del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____

_____ C. F. _____

Contatto telefonico fisso e/o mobile _____

di usufruire del Servizio di **Assistenza Domiciliare per Persone con Disabilità**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/12/2000 e s.m.i.



Ambito Territoriale N 22

Comune di Somma Vesuviana – Capofila
Comuni di Bruscianno, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano

DICHIARA

Di essere in possesso dei requisiti richiesti di cui all'Avviso Pubblico, nello specifico:

CONDIZIONI FAMILIARI

Disabile che vive solo senza rete parentale	
Disabile che vive con altro familiare non autosufficiente	
Disabile con rete parentale convivente	

CONDIZIONE ECONOMICA

I.S.E.E. del nucleo familiare	
DA € 0,00 A € 5.000,00	
DA € 5.000,01 A € 10.000,00	
DA € 10.000,01 A € 15.000,00	
DA € 15.000,01 A € 20.000,00	
Da € 20.000,01 ad € 28.634,58	

GRADO DI DISABILITÀ

Legge 104/92 art. 3, comma 3	
Legge 104/92 art. 3, comma 1	
Certificato di invalidità dal 74% al 100%	

INOLTRE, DICHIARA:

- ☐ di ESSERE percettore di Assegno di Inclusione (A.D.I. – D.L. 48/2023)
- ☐ di NON ESSERE percettore di Assegno di Inclusione (A.D.I. – D.L. 48/2023)

Allegati

- copia documento d'identità del richiedente in corso di validità, e di colui che presenta istanza, se diverso dal richiedente, a pena di esclusione;
- copia dell'attestazione ISEE ordinario 2026 rilasciata ai sensi della vigente normativa (*in caso di mancata presentazione, la domanda sarà ritenuta valida, ma non sarà attribuito alcun punteggio come previsto dal seguente art. 5*);
- stato di famiglia del richiedente (*in caso di mancata presentazione, la domanda sarà ritenuta valida, ma non sarà attribuito alcun punteggio come previsto dal seguente art. 5*);
- copia della certificazione rilasciata dal Servizio Sanitario competente ai sensi della L.104/92 Art.3 o del Decreto di Invalidità (*in caso di mancata presentazione, la domanda sarà ritenuta valida, ma non sarà attribuito alcun punteggio come previsto dal seguente art. 5*).

- Altra certificazione (specificare) _____



Ambito Territoriale N 22

Comune di Somma Vesuviana – Capofila

Comuni di Bruscianno, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vito

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs. n. 196/2003 e ss.ii. e mm., che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. È informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l'eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Firma
