



**Comune di Agrigento - Capofila  
Distretto Socio - Sanitario AOD**

*(Aragona – Comitini – Favara – Ippolo Giancaxio – Porto Empedocle – Raffadali  
Realmonte – Sant’Angelo Muxaro – Santa Elisabetta – Siculiana)*  
e-mail: [distrettosociosanitario@comune.agrigento.it](mailto:distrettosociosanitario@comune.agrigento.it) pec: [servizi.sociali@pec.comune.agrigento.it](mailto:servizi.sociali@pec.comune.agrigento.it)



**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ADI**

*Decreto PAC 4034 del 20.12.2022*

Distretto Socio Sanitario AOD1  
Comune capofila Agrigento  
Servizio Sociale Digitale  
[agrigento.serviziosocialedigitale.it](http://agrigento.serviziosocialedigitale.it)

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ in qualità di (\*) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L’Ammissione al servizio ADI – Assistenza Domiciliare a valenza socio-sanitaria integrata alle prestazioni fornite dall’ASP**

Per il / la paziente \_\_\_\_\_ nato/ a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Si specifica che il medico di medicina generale dell'assistito/a è il Dottore (\*\*)

\_\_\_\_\_ reperibile presso il seguente indirizzo

\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**A tal fine consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni previste in caso di non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, di dichiarazione mendace o di formazione di atti falsi, ai sensi degli Artt. 75 e 76 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità dichiara che il paziente è:**

Anziano disabile art. 3 comma 3 Legge 104/92

Anziano disabile art. 3 comma 1 Legge 104/92

Anziano non autosufficiente o parzialmente non autosufficiente come descritto dal certificato medico del medico di medicina generale.

### ALLEGA

- Copia Certificazione di invalidità ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge 104/92;
- Copia Certificazione di invalidità uguale ai sensi dell'art.3, comma 1;
- Copia certificazione del medico di medicina generale
- Copia documento di identità in corso di validità del firmatario dell'istanza e del paziente;
- ISEE corrente o DSU che attesti la richiesta;

### DICHIARA INOLTRE DI

- Essere cittadino italiano
- Essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_
- Essere domiciliato momentaneamente nel Comune di \_\_\_\_\_