

AMBITO TERRITORIALE VALLE BREMBANA



COMUNITÀ MONTANA
VALLE BREMBANA
ENTE GESTORE PIANO DI
ZONA 2025/2027

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA
CORNELLO - CARONA – CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO
DOSSENA - FOZZOLO - ISOLA DI FONDRA – LENNA – MEZZOLDI – MOIO
DE' CALVI - OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE – ORNICA – PIAZZA
BREMBANA – PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO – SAN GIOVANNI
BIANCO - SAN PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA – SERINA
TALEGGIO - UBIALE CLANEZZO - VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA
VALTORTA - VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Bergamo

DOMANDA DI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI (ASSISTENZA DIRETTA) PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) FNA B2 SERVIZI INTERGATIVI - DESTINATARI BENEFICIARI MISURA B2

All'Ambito Territoriale Valle Brembana

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
tel. _____ email: _____ in qualità di
legale rappresentante del Comune di _____ qui rappresentato
dall'assistente sociale del proprio comune/in carico al comune _____

CHIEDE

l'erogazione di servizi integrativi sociali (assistenza diretta) per l'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) – FNA B2 SERVIZI INTEGRATIVI, tramite la figura ASA/OSS, con il seguente PROFILO:

- ☐ Profilo 1 (fino a 10km);
- ☐ Profilo 2 (oltre i 10 km);

per un monte ore complessivo di _____ ore (max. 40 ore), per conto e a favore di:
(Nome) _____ (Cognome) _____ data
di nascita: _____ luogo di nascita: _____
codice fiscale _____ residente a _____
in via _____ n. _____ domiciliato a (se diverso dalla
residenza) _____ in via _____ n. _____

IDENTIFICA

quale Ente Gestore per l'erogazione della prestazione richiesta (specificare denominazione dell'Ente Gestore tra l'elenco degli accreditati nel registro tenuto dall'Ambito Valle Brembana) la

Cooperativa Sociale _____ con sede in
via _____ a _____
cf/p.iva _____ referente _____ cell. _____
mail _____

DICHIARA

- ☐ Che il beneficiario è inserito all'interno della graduatoria "Misura B2 FNA 2024 esercizio 2025 – misura 1 (Buono sociale caregiver) o misura 5 (interventi di assistenza diretta)"

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 le dichiarazioni mendaci, le falsità degli atti e uso degli atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità;

Luogo e data _____

firma dell'assistente sociale

firma del richiedente

del Gestore
