



---

Nome del procedimento:

**SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E DISABILI**

Denominazione dell'unità organizzativa (servizio o ufficio) responsabile del procedimento:

**Servizi per anziani e disabili** (Settore 6 Servizi Educativi e Sociali - Quartieri e Partecipazione)

Riferimenti normativi del procedimento:

**Legge 104/1992; Legge 328/2000; PSS Regionale; L.R. 3/2008;  
"Regolamento per l'accesso e la fruizione delle prestazioni sociali e per il sistema di compartecipazione - ai sensi del D.P.C.M. 159/2013"**

Nominativo del soggetto responsabile del procedimento:

**:dott.ssa Mariapia ZURLONI**

Nominativo del soggetto responsabile dell'adozione del provvedimento finale:

**Direttore del Settore: Dott.ssa Maria Antonietta Luciani**

Indirizzo mail - Telefono:

**luciani.mariella@comune.como.it - 031-2521**

Termine del procedimento (*n. giorni in formato numerico*):

**40**

Tempo medio di conclusione del procedimento riferito all'esercizio finanziario precedente (*n. giorni in formato numerico*):

**20**

Documenti richiesti (*per i procedimenti ad istanza di parte*):

**Attestazione ISEE familiare in corso di validità**