

## AVVISO PUBBLICO

**PER L'INDIVIDUAZIONE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI DESTINATARI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE A VALERE SULLA PROGETTAZIONE PNRR - MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1 - SOSTEGNO ALLE PERSONE VULNERABILI E PREVENZIONE DELL'ISTITUZIONALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI SUB - INVESTIMENTO 1.1.2 - AZIONI PER UNA VITA AUTONOMA E DEISTITUZIONALIZZAZIONE PER GLI ANZIANI AMMESSO A FINANZIAMENTO**

**Soggetto attuatore Ambito S09 Sapri - CUP F54H22000430006**

### Allegato A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

#### Richiedente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

per sé stesso;

per il beneficiario di seguito indicato;

di partecipare alla selezione di cui all'Avviso in oggetto

#### Beneficiario (compilare se diverso dal richiedente)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00:

- ✓ di conoscere ed accettare le condizioni (ai fini della redazione della graduatoria) contenute nell'Avviso Pubblico Finalizzato all'individuazione dei beneficiari del progetto relativo alla linea di investimento 1.1.2 "Autonomia degli anziani non autosufficienti". Avviso 1/2022 PNRR Next Generation EU Missione 5 "Inclusione e coesione" Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale";
- ✓ di avere un'età di \_\_\_\_\_;
- ✓ di avere la residenza in uno dei Comuni aderenti all'Ambito Territoriale S07 (\_\_\_\_\_);
- ✓ di aver uno stato di malattia o di invalidità che comporti perdita dell'autosufficienza;
- ✓ di essere l'unico membro del proprio nucleo familiare a presentare istanza per l'avviso in oggetto;
- ✓ di non usufruire, per l'anno in corso, di altri servizi simili di tipo domiciliare previsti da altri Enti, quali INPS, Regione, etc.;
- ✓ di non usufruire, per l'anno in corso, di assegno di cura;
- ✓ che il proprio stato di famiglia/che lo stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

#### **Alla presente domanda devono essere allegati obbligatoriamente:**

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente, se diverso dal beneficiario, in corso di validità;
- Eventuale provvedimento di tutela giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- Certificazione ai sensi della Legge 104/92 o Verbale di invalidità civile;
- Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;

#### ***Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)***

*Si informa che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_

**Il Richiedente** \_\_\_\_\_