



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



ALLEGATO A

All'Ufficio di Piano
Ambito Territoriale di Troia
protocollo@pec.comune.troia.fg.it

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA SELEZIONE DI BENEFICIARI PER LA LINEA DI INTERVENTO PNRR M5C2 INVESTIMENTO 1.1.2. AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il _____, residente in
_____ alla Via _____ n. _____, C.F.
_____, recapito telefonico _____, e-mail

CHIEDE

di essere ammesso alle prestazioni dell'investimento 1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti

- in qualità di beneficiario
- in qualità di _____

(la parte che segue è da compilare nel caso in cui l'istanza viene richiesta da un familiare, convivente, tutore, amministratore o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere art. 4 DPR 445/2000):

per il/la sig./ra _____ nata/o a _____ il
_____, residente in _____ alla Via
_____ n. _____, C.F. _____, recapito
telefonico _____, e-mail _____.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, sotto la propria responsabilità (condizione riferita al beneficiario della prestazione richiesta)

DICHIARA

- di aver compiuto i 65 anni;
- di essere residente in uno dei comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Troia;
- di essere in possesso di ISEE socio-sanitario in corso di validità (relativamente al nucleo familiare dell'anziano);
- di essere non autosufficiente ed in possesso di verbale INPS attestante invalidità/disabilità e accompagnamento;
- di accettare i servizi e le prestazioni previste dal presente avviso così come posti nel Piano Assistenziale Individualizzato e di collaborare attivamente con i Servizi sociali dell'Ente di appartenenza alla stesura del PAI, nonché di comunicare agli stessi eventuali variazioni riguardanti la sfera socio-sanitaria (es. peggioramento condizioni di salute con necessario ricovero in struttura ospedaliera e/o residenziale, variazione del domicilio dell'anziano, ecc..);
- di accettare, altresì, le condizioni previste dall'Avviso Pubblico per l'ammissione ai percorsi di autonomia per anziani non autosufficienti a valere sul PNRR M5C2 Sub investimento 1.1.2.

DICHIARA, INOLTRE *(barrare le opzioni corrispondenti)*:

di beneficiare di altre misure e interventi, quali nello specifico:

- Servizio di Assistenza domiciliare o Assistenza domiciliare Integrata (SAD/ADI);
- Buoni Servizio Anziani;
- Home Care Premium;
- Patto di cura 2023-2024;
- Sostegno familiare;
- Altro(*specificare*) _____



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Allega alla presente domanda:

- fotocopia di un documento di identità e tessera sanitaria, in corso di validità, dell'interessato e del richiedente, se diverso dall'interessato;
- Verbale di invalidità civile/disabilità con relativo accompagnamento;
- Documentazione sanitaria attestante le patologie invalidanti;
- ISEE ristretto per prestazioni socio-sanitarie in corso di validità;

Luogo e data della sottoscrizione

_____, il _____

Firma dell'istante

Informativa sull'uso dei dati personali

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.L. n. 196/2003 (e ss. mm. e/o ii.) e del Regolamento UE n. 679/2016.

Il/La sottoscritto/autorizza il personale degli Enti attuativi degli interventi al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.lgs. 30/06/2003, n.196- T.U. sulla privacy che, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (D. Lgs.30/07/1999, n.281).

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità sopra indicate.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali

- Acconsento
- Non acconsento

al trattamento per le finalità dell'informativa.

N.B. La prestazione del consenso al trattamento dei dati è indispensabile per lo svolgimento dell'istruttoria finalizzata all'erogazione del beneficio oggetto della domanda.

Firma dell'istante

Luogo e data della sottoscrizione

_____, il _____

(Firma leggibile)