



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italia domani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE PRAIA/SCALEA

PNRR - M5C2I1.1 - SUB-INVESTIMENTO 1.1.2 - AZIONI PER UNA VITA AUTONOMA E
DEISTITUZIONALIZZAZIONE PER GLI ANZIANI - CUP: E14H22000390001

ISTANZA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Prov. _____) il ____/____/____ residente nel Comune di _____ (Prov. _____)
in Via _____ n. _____ tel./cell. _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

in qualità di beneficiario/a di essere ammesso/a alle prestazioni *del progetto PNRR - Investimento 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti* e di poter usufruire delle prestazioni di assistenza, sostegno domiciliare e domotica previste dal programma;

o, in alternativa,

in qualità di: familiare convivente tutore/curatore amministratore di sostegno
 persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente (art. 4 DPR 445/2000)
 altro (*specificare*) _____

del/della Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____
residente nel Comune di:

- | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AIETA | <input type="checkbox"/> MAJERA' | <input type="checkbox"/> SANTA DOMENICA TALAO |
| <input type="checkbox"/> BELVEDERE M.MO | <input type="checkbox"/> ORSOMARSO | <input type="checkbox"/> SANTA MARIA DEL CEDRO |
| <input type="checkbox"/> BUONVICINO | <input type="checkbox"/> PAPASIDERO | <input type="checkbox"/> SCALEA |
| <input type="checkbox"/> DIAMANTE | <input type="checkbox"/> PRAIA A MARE | <input type="checkbox"/> TORTORA |
| <input type="checkbox"/> GRISOLIA | <input type="checkbox"/> SAN NICOLA ARCELLA | <input type="checkbox"/> VERBICARO |

in via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ che questi/a venga ammesso/a, in qualità di beneficiario/a, alle prestazioni *del progetto PNRR - Investimento 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti* e che possa poter usufruire delle prestazioni di assistenza, sostegno domiciliare e domotica previste dal programma.

Dichiara, altresì, che l'aspirante beneficiario/a usufruisce al momento:

- dell'assegno di cura in favore di soggetti non autosufficienti NO SÌ
- di altri servizi domiciliari previsti da altri Enti (INPS, Regione, etc) NO SÌ (*specificare quali*)



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE PRAIA/SCALEA

Documentazione da allegare alla domanda:

- fotocopia del documento di identità, in corso di validità, e della tessera sanitaria dell'anziano/a;
- fotocopia del documento di identità e della tessera sanitaria del richiedente (se persona diversa dall'anziano/a);
- scheda sullo stato di salute dell'anziano/a (a cura del medico curante);
- eventuale certificazione di invalidità e/o disabilità;
- attestazione ISEE (socio sanitario o, in alternativa, ordinario).

Luogo e data _____

Firma

(Firma leggibile)

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 contributo oggetto della domanda.

Luogo e data _____

Nome e cognome del richiedente

(Firma leggibile)