ALLEGATO A

AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE E LA SELEZIONE DI N. 125 ANZIANI BENEFICIARI DEI SERVIZI AFFERENTI SUB-INVESTIMENTO 1.1.2 "**AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**" – PNRR M5C2
CUP: E84H22000300006

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

All'Ambito di ……

a) Il/la sottoscritto/a……., nato/a a …… il……., residente in ……., via …… n……., C.F…… Tel……, Tel. ……

oppure

b) Il/la sottoscritto/a ……., nato/a a …… il ……., residente in ……., via …… n……., C.F…… , Tel……, **in qualità di familiare, tutore, amministratore di sostegno, delegato** del Sig./Sig.ra …… nato/a a ……il……., residente in ……., via …… n……., C.F…… Tel……,

PRESENTA

la domanda per l'ammissione all'Avviso in favore di persone anziane non autosufficienti, in ottemperanza a quanto previsto dalla M5C2 sub-investimento 1.1.2 del PNNR.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000:

- di conoscere e accettare le condizioni contenute nell'Avviso pubblico;
- di manifestare la volontà di aderire a tutti gli interventi previsti dal progetto (Linea A.1 - Riqualificazione degli spazi abitativi e dotazione strumentale tecnologica atta a garantire l'autonomia dell'anziano e il collegamento alla rete dei servizi integrati sociali e sociosanitari per la continuità assistenziale e Linea A.2 - Potenziamento della rete integrata dei servizi legati alla domiciliarità);

- di essere residente nel Comune di…… Ambito Socio –Territoriale……;
- di aver compiuto 65 anni;
- di essere in uno stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza;
- di aver presentato un ISEE Ordinario valido per le prestazioni di carattere socio-sanitario in corso di validità del nucleo familiare;

DICHIARO INOLTRE

(segnare SOLO se ricorre il caso):

☐ di vivere solo\a;

☐ di vivere con il coniuge;

☐ di vivere con un familiare.

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- l'accesso agli interventi è subordinato alla valutazione delle condizioni abitative e all'analisi multidimensionale eseguita dall' Equipe Multidisciplinare che predisporrà un progetto personalizzato in coerenza con gli obiettivi previsti dal sub-investimento 1.1.2;

- l'Ambito ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura di selezione di cui all'Avviso in oggetto.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la presente, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, autorizzo il trattamento dei miei dati personali da parte degli Uffici competenti per le finalità connesse alla gestione delle attività e dei servizi da me richiesti.

Dichiaro di essere stato/a informato/a sulle modalità di trattamento dei miei dati e di acconsentire alla loro raccolta, conservazione e utilizzo, limitatamente alle necessità legate alla prestazione del servizio, nel rispetto delle disposizioni di legge.
Dichiaro di essere consapevole che i miei dati personali saranno trattati nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e che potrò esercitare, in qualsiasi momento, i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, opposizione e portabilità, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

☐ SI ☐ NO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del medesimo D.P.R., in caso di dichiarazione mendace, falsità negli atti o uso di atti falsi, verranno applicate nei suoi confronti le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché le conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture e lavori.

Luogo_____ **Data**_____

Firma_____

Allegati:

- copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità del familiare, tutore legale, amministratore di sostegno o delegato, qualora presente;
- attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità del beneficiario;
- verbale di certificazione attestante il grado di invalidità (certificazione INPS, sussistenza dei requisiti di cui alla Legge 104/92, art. 3 (comma 1 o comma 3), relazione socio-assistenziale.