

ISTANZA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a (COGNOME E NOME) _____ ,
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 -Sub- Investimento 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti*** e di poter usufruire delle prestazioni di assistenza, sostegno domiciliare *in alternativa*
- in qualità di: familiare convivente tutore/curatore amministratore di sostegno
o persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente (art. 4 DPR 445/2000)
- altro (*specificare*)

del/della Sig./Sig.ra (COGNOME E NOME) _____ ,
nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____ ,
residente nel Comune di _____
in via _____ n. _____ ,
Codice Fiscale _____ ,

che questi/a venga ammesso/a, in qualità di beneficiario/a, alle prestazioni *del progetto **PNRR -Sub - 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:

- | | | |
|---|----|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dell'assegno di cura in favore di soggetti non autosufficienti | NO | Sì |
| <input type="checkbox"/> di altri servizi domiciliari previsti da altri Enti (INPS, Regione, etc) | NO | Sì (<i>specificare quali</i>) |

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, che i dati raccolti sono trattati e conservati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", del decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 148/21 e dei relativi atti di attuazione

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)