



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
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:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ AIETA | ☐ MAIERA' | ☐ SANTA DOMENICA TALAO |
| ☐ BELVEDERE M.MO | ☐ ORSOMARSO | ☐ SANTA MARIA DEL CEDRO |
| ☐ BUONVICINO | ☐ PAPASIDERO | ☐ SCALEA |
| ☐ DIAMANTE | ☐ PRAIA A MARE | ☐ TORTORA |
| ☐ GRISOLIA | ☐ SAN NICOLA ARCELLA | ☐ 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/a 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)