

All. A

**PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI O CON RIDOTTA AUTONOMIA O A RISCHIO DI EMARGINAZIONE (OVER 65)**

**AL SERVIZIO SOCIALE COMUNE DI \_\_\_\_\_**

Oggetto:

**AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA, PERSONE ECONOMICAMENTE FRAGILI, PERSONE ANZIANE, DI CUI AL FONDO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZA (FNA) ANNUALITA' 2022 (DGR 161/2025 e DGR 306/2025 REGIONE CALABRIA) E QUOTA SERVIZI FONDO POVERTA' TRIENNIO 2021-2023.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_  
( ) il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici (1) \_\_\_\_\_  
(2) \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

❖ In qualità di:

- ☐ Diretto interessato  
☐ Amministratore di Sostegno/Tutore  
☐ Caregiver familiare

**CHIEDE**

- ☐ Per sé  
☐ per il beneficiario di seguito indicato:

(Nome e Cognome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( )  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ ( ) in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici (1) \_\_\_\_\_ (2)  
\_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

di accedere ai servizi di cui all'Avviso in oggetto.

A tal proposito, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del e s.m.i.)

**DICHIARA**

- ☐ Di \_\_\_\_\_ essere \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ nel \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ;
- ☐ Di non essere beneficiario di altri servizi previsti da progetti simili di assistenza e/o contributi economici erogati dall'ATS, ASP e/o Comuni;
- ☐ Di essere in possesso di certificazione medica attestante la condizione di non autosufficienza, anche temporanea (**Solo per le persone anziane non autosufficienti o con ridotta autonomia**);
- ☐ Che la composizione del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è la seguente:

N°	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela
1					Intestatario Scheda
2					
3					
4					
5					
6					
7					

❖ In riferimento a quanto previsto dall'Avviso in oggetto:

**RICHIEDE**

**di poter usufruire del servizio di:**

☐ **ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI O CON RIDOTTA AUTONOMIA O A RISCHIO DI EMARGINAZIONE (OVER 65)**

❖ Ai fini dell'accesso alla graduatoria degli aventi diritto, DICHIARA altresì:

Di avere età pari a \_\_\_\_\_ anni (compiuti);

Che la condizione socio- familiare è la seguente:	<input type="checkbox"/> Persona sola; <input type="checkbox"/> Persona con familiare convivente o caregiver di riferimento; <input type="checkbox"/> Minore
Che il valore del proprio Isee è:	<input type="checkbox"/> Reddito Isee fino a € 9360,00; <input type="checkbox"/> Da € 9.360,01 a € 15.000,00; <input type="checkbox"/> Da € 15.000,01 a € 20.000,00; <input type="checkbox"/> Da € 20.000,01 a € 25.000,00; <input type="checkbox"/> Superiore a € 25.000,00.

☐ Di aver preso piena coscienza di tutte le condizioni stabilite dall'Avviso cui si riferisce la presente istanza.

**Elenco documenti da allegare alla domanda:**

1. Copia documento identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
2. Isee socio-sanitario in corso di validità;
3. Copia del provvedimento di eventuale nomina di amministratore di sostegno/tutore;
4. Certificazione medica attestante la condizione di non autosufficienza, anche temporanea (**da presentare solo per le persone anziane non autosufficienti o con ridotta autonomia**).

Luogo e data

FIRMA

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

Luogo e data

FIRMA

