

PERSONE CON DISABILITÀ DI CUI ALLA L. 104/92

AL SERVIZIO SOCIALE COMUNE DI _____

Oggetto:

AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ/NON AUTOSUFFICIENZA, PERSONE ECONOMICAMENTE FRAGILI, PERSONE ANZIANE, DI CUI AL FONDO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZA (FNA) ANNUALITÀ 2022 (DGR 161/2025 e DGR 306/2025 REGIONE CALABRIA) E QUOTA SERVIZI FONDO POVERTÀ 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;
☐ Verbale INPS Legge 104/92;

Che la composizione del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è la seguente:

COMUNE DI PIZIGANO (CS) Prot. in arrivo N° 0003224 del 08-05-2026, dat. 7/8/15
COMUNE DI COSENZA - AD81FEC - REG_PROT - 0036562 - Uscita - 07/05/2026 - 18:09

N°	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data nascita	di 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 (barrare una sola casella):

- ☐ **ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE CON DISABILITA', di cui alla L. 104/92**
- ☐ **FREQUENZA DI STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI SEMI-RESIDENZIALI (CENTRO DIURNO) PER PERSONE CON DISABILITA', di cui alla L. 104/92**
- ❖ 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 verbale di riconoscimento di handicap ai sensi della Legge 104/92;
4. Copia del provvedimento di eventuale nomina di amministratore di sostegno/tutore.

Luogo e data

FIRMA

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

Luogo e data

FIRMA

