

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:

**RICHIESTE**

**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