



[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

## ZONA SOCIALE N. 4 DELL'UMBRIA

P.O.R. Programma Operativo Regionale F.S.E. (Fondo Sociale Europeo) Umbria 2014-2020 Asse "Inclusione sociale e lotta alla povertà".

Progetto "Non Autosufficienza (progetti di domiciliarità per anziani non autosufficienti e riduzione della residenzialità)". CUP I69I17000200009

### Allegato A.1) dell'Avviso Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto di "domiciliarità" a favore delle persone anziane non autosufficienti.

#### QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

Cognome _____	Nome _____
_____ n.° _____	CAP _____
domiciliato presso _____	
CAP _____ tel. _____	cell. _____ Codice Fiscale _____
Stato civile <sup>2</sup> _____ Indirizzo email _____	
Cittadinanza <sup>3</sup>	
cittadino italiano; cittadino comunitario; familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;	
cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;	
titolare di status di rifugiato (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)	
titolare di status di protezione sussidiaria _____	

<sup>2</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>3</sup> Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

**QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE.**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_

In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Comune afferente la Zona sociale n. 4,

Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

\_\_\_\_\_

Vista la Deliberazione n. 1420 del 27.11.2017 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei Progetti di *domiciliarità* e la Determinazione del Responsabile della Zona Sociale n.4 n. 890 del 23/12/2020 con la quale è stato riaperto l'Avviso pubblico per la selezione di candidature di accesso ai benefici concessi con i progetti per la "*domiciliarità*" a favore delle persone con disabilità;

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**CHIEDE**

Di essere ammesso in qualità di persona anziana non autosufficiente o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona anziana non autosufficiente (Nome \_\_\_\_\_ /Cognome \_\_\_\_\_), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte dei servizi territorialmente competenti, alla realizzazione del progetto per *domiciliarità* a favore delle persone anziane non autosufficienti.

A tale fine

**DICHIARA**

**QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO**

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Condizione <sup>4</sup> :
I°						
II°						
III°						

**QUADRO C – CONDIZIONE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE O DI NON AUTOSUFFICIENZA**

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3 e 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da \_\_\_\_\_, con verbale n. \_\_\_\_\_.

di essere di essere riconosciuto **Invalido civile almeno al 75%** riconosciuta dal \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_.

<sup>4</sup> trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- invalidità civile almeno pari al 75%;
- accertata condizione di disabilità ex art. 3 e ex art. 4 della legge 104/92<sup>4</sup>



[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

## QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ISEE socio-sanitario del valore ricompreso tra:

fino ad € 5.000,00

da € 5.001,00 ad € 10.000,00

da € 10.001,00 ad € 15.000,00

da € 15.001,00 ad € 20.000,00

### DICHIARA INFINE

di godere dei diritti civili e politici. *(I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria).*

in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.



**INVESTIAMO NEL TUO FUTURO**

[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Titolari del trattamento dei dati personali sono i Comuni della Zona Sociale 4 e il Comune di Marsciano, in qualità di Comune capofila della Zona Sociale n. 4. Responsabili del trattamento sono i Responsabili dei Servizi Sociali di ciascun Comune e il Responsabile dell'Area Sociale del Comune di Marsciano, quale capofila. Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003, il richiedente autorizza il Comune di Marsciano, capofila della Zona Sociale n. 4, a richiedere agli Uffici competenti ogni eventuale atto, certificazione, informazione, ritenute utili ai fini della valutazione della domanda.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**QUADRO E – IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_  
Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)  
Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

