PROGETTAZIONE PERSONALIZZATA A VALERE SULLA LINEA DI INVESTIMENTO 1.1.2. AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) M5C2

CUP: D14H22000000006

OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a (COGNOME E NOME) _____

Codice Fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/;

nato/a il _____/_____/_____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____(Prov._____)

in via _____n. _____,

telefono _____ cellulare_____;

CHIEDE

di essere ammesso alle prestazioni dell'investimento 1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti

- ❑ in qualità di beneficiario
- ❑ in qualità di _____

(la parte che segue è da compilare nel caso in cui l'istanza viene richiesta da un familiare, convivente, tutore, amministratore o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere art. 4 DPR 445/2000):

per il/la sig./sig.ra _____

nato/a il _____/_____/_____ a _____ (Prov_____)

Codice Fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/;

residente a _____(Prov._____)

in via _____n. _____,

telefono _____cellulare_____;

CHIEDE

Di poter beneficiare delle prestazioni di assistenza, sostegno domiciliare e domotica previste dal programma

Documentazione necessaria da allegare alla domanda:

- Fotocopia del documento di identità dell'anziano/a;
- Fotocopia del documento di identità del richiedente (se persona diversa dall'anziano/a);
- Attestazione ISEE ristretto per prestazioni socio-sanitarie;
- Verbale INPS di invalidità e accompagnamento;
- Valutazione scheda BINA – parte SANITARIA (a cura del Medico di Medicina Generale).

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.lgs. 196/2003, al trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente, rilasciati per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare.

Luogo e data _____

Firma

_____

Finanziato dall'Unione europea
NextGenerationEU

MINISTERO del LAVORO e delle POLITICHE SOCIALI

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE Campobasso

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI TERMOLI

ATS ISERNIA

Ambito Territoriale Sociale Agnone

ATS VENAFRO Ambito Territoriale Sociale Venafro

Piano Sociale di Zona Ambito Territoriale Sociale di Riccia/Bojano

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/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.

Nome e cognome del richiedente

Campobasso lì_____ _____

(Firma leggibile)

Si attesta che, in data ..... il/la Sig./ra .....

ha presentato istanza di .....

Campobasso, li..... FIRMA DEL DIPENDENTE

_____