

Allegato A

All'Ufficio dei Servizi Sociali

del Comune di \_\_\_\_\_

SEDE

OGGETTO: Istanza per il Servizio di "Assistenza Domiciliare Anziani" – Fondi PNRR – Missione 5 – Componente 2 – Sottocomponente 1 - Linea di Investimento 1.1.1. – Sub-investimento 1.1.2 "Azioni per una vita autonoma e deistituzionalizzazione per gli anziani".

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(età \_\_\_\_\_) A \_\_\_\_\_ residente nel comune di \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammess\_\_ a fruire e beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani, finanziato

con risorse del Fondi PNRR – Missione 5 – Componente 2 – Sottocomponente 1 - Linea di Investimento 1.1.1. – Sub-investimento 1.1.2 "Azioni per una vita autonoma e deistituzionalizzazione per gli anziani", per i seguenti motivi:

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

A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità personale:

o Di vivere da solo oppure di vivere con il coniuge di anni \_\_\_\_\_;

o Di vivere con altri (specificare)

\_\_\_\_\_;

o Di avere i seguenti familiari NON CONVIVENTI, ma residenti nello stesso

Comune \_\_\_\_\_;

o Di avere i seguenti familiari NON CONVIVENTI e NON residenti nello stesso

Comune \_\_\_\_\_;

o Le persone sopra citate sono nell'impossibilità di assistermi in quanto

\_\_\_\_\_;

o Di beneficiare o di NON beneficiare di altri interventi di assistenza analoghi per tipologia e/o prestazione a valere sul fondo per la non autosufficienza (disabili gravi, disabili gravissimi, etc).

Specificare quali: \_\_\_\_\_;

- o Di essere titolare di una certificazione ISEE in corso di validità di € \_\_\_\_\_;
- o Di essere stato riconosciuto Invalido Civile al \_\_\_\_\_% ;
- o Di essere titolare di indennità di accompagnamento;
- o Di NON essere titolare di indennità di accompagnamento.

Allega alla presente:

1. Copia attestazione ISEE in corso di validità;
2. Copia Carta di Identità e Tessera Sanitaria;
3. Copia, se riconosciuta, di certificazione attestante lo stato di invalidità civile indicante la relativa percentuale.

Infine, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D. lgs. 196 del 30 giugno 2003 e successive modificazioni, integrazioni e aggiornamenti in materia.

Data e Luogo

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_