



BITTI, DORGALI , FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI, OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE



PNRR M5C2 Investimento 1.1 – Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti
Sub – Investimento 1.1.2 - Azioni per una vita autonoma e deistituzionalizzazione per gli anziani
CUP F94H22000160001

Allegato A – Modulo di domanda

Al Comune di Nuoro
Ente Capofila ATS di Nuoro
Via Dante n.44, 08100 Nuoro (NU)
PEC: servizi.sociali@pec.comune.nuoro.it

Oggetto: Domanda di partecipazione all’Avviso pubblico per la selezione di persone anziane in condizione di non autosufficienza per la partecipazione al progetto “ABITARE A MISURA DI ANZIANO” a valere sul PNRR M5C2 Investimento 1.1 Sub Investimento 1.1.2

Il/la sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Nato/a a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Stato Civile _____

Residenza: Città _____ Via _____ C.A.P _____ Prov. _____

Telefono _____ Email _____

Oppure



BITTI, DORGALI , FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI, OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE



Il/la sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Nato/a a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Stato Civile _____

Residenza: Città _____ Via _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Telefono _____ Email _____

In qualità di

- Familiare (indicare grado di parentela) _____
- Tutore
- Amministratore di sostegno

Del Signor _____:

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Nato/a a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Stato Civile _____

Residenza: Città _____ Via _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Telefono _____ Email _____

DICHIARA DI:

- Conoscere e accettare le condizioni contenute nell'Avviso pubblico;

Avere i requisiti per la partecipazione, in particolare:

- che il beneficiario ha la seguente età anagrafica: _____;
- che il beneficiario è persona in condizione di non autosufficienza: *come definita nell'ultima colonna denominata "Non Autosufficienza" dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013;*



BITTI, DORGALI , FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI, OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE



- che il beneficiario è residente nel Comune di _____ appartenente all'Ambito Territoriale Sociale del Distretto Socio Sanitario di Nuoro;
- che il beneficiario è residente in un immobile di proprietà (*allega a tal fine copia della documentazione che attesti la qualità di proprietario dell'immobile*);
- che il beneficiario è residente in un alloggio di edilizia residenziale pubblica (AREA/DI PROPRIETA' COMUNALE) (*allega a tal fine copia del contratto di locazione*);
- che il beneficiario è residente in un immobile non di proprietà e che è in possesso di regolare contratto di:
 - affitto con scadenza almeno il 31/12/2025 (*allega a tal fine copia del contratto di locazione*);
 - comodato con scadenza almeno il 31/12/2025(*allega a tal fine dichiarazione che attesti il possesso dell'immobile in comodato d'uso*);
 - usufrutto con scadenza almeno il 31/12/2025 (*allega a tal fine a tal fine dichiarazione che attesti il possesso dell'immobile in usufrutto*)
- che il beneficiario è consapevole che in relazione a questi 3 ultimi casi gli adattamenti potranno riguardare esclusivamente la fornitura di ausili domotici o meccanici rimovibili di piccole entità.
- che il beneficiario è in possesso di Attestazione ISEE in corso di validità e della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) di cui allegano copia alla presente;
- che il beneficiario vive solo\
- che il beneficiario vive con il coniuge anch'esso non autosufficiente e/o con un familiare in condizione di non autosufficienza certificata;
- che il beneficiario vive con il coniuge o altro familiare autosufficiente.

INOLTRE DICHIARA

La presenza di assistenza alla persona (caregiver):

- SI
- NO



BITTI, DORGALI , FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI, OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE



Se si, garantita da:

- caregiver familiare: coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76;
- caregiver familiare: familiare o di un affine entro il secondo grado (figli, genitori, fratelli ecc.)
- caregiver familiare: un familiare entro il terzo grado
- assistente familiare retribuito (es. colf, badante, assistente alla persona) dall'interessato o dal nucleo
- assistenza domiciliare (assistenziale o sociosanitaria o sanitaria) pubblica
- di usufruire delle seguenti prestazioni socio assistenziali: (L.162/90, Ritornare a casa, ecc.) _____

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- l'équipe multidimensionale qualora ritenesse necessario acquisire ulteriore documentazione potrà farne richiesta al beneficiario stabilendo un termine di presentazione;
- la concessione del beneficio economico è subordinata alla sottoscrizione di un progetto assistenziale tra le parti che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica;
- il beneficio potrebbe essere revocato nei seguenti casi:
 - 1) omissione di comunicazione all'Ufficio di Piano ATS - Distretto di Nuoro di qualunque cambiamento intervenuto nella propria situazione che determini la perdita anche di uno solo dei requisiti di accesso al beneficio;
 - 2) in caso di decesso del beneficiario con assenza di un coniuge convivente non autosufficiente;
 - 3) inserimento in maniera permanente del beneficiario presso una struttura residenziale o ospedaliera (in assenza di un coniuge convivente non autosufficiente);
 - 4) mancata presentazione delle eventuali autorizzazioni necessarie all'esecuzione dei lavori;
 - 5) rinuncia scritta del beneficiario, in qualsiasi momento ed in qualsiasi fase del percorso nel principio di autodeterminazione della persona;
- di essere consapevole che in caso di rinuncia scritta successiva all'acquisto della strumentazione, l'Ente ha facoltà di rivalsa per le somme equivalenti ai servizi indebitamente percepiti o agli acquisti inutilmente effettuati e al conseguente recupero della strumentazione data in uso;



BITTI, DORGALI , FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI, OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE



- di essere consapevole che l’Ambito Territoriale Sociale ATS di Nuoro, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

SI IMPEGNA

A comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura di selezione di cui all’Avviso in oggetto.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione dei dati personali (per brevità “Regolamento”), si informano i partecipanti che il trattamento dei dati personali da essi forniti in sede di partecipazione alla presente procedura, o comunque acquisiti a tal fine dall’Ente, è finalizzato unicamente all’espletamento delle attività di cui al presente Avviso.

Il trattamento dei dati verrà effettuato dal personale dell’Amministrazione procedente e da eventuali altri addetti, preventivamente individuati, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza, e potrà essere effettuato, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, mediante strumenti cartacei, informatici e telematici idonei a memorizzarli, gestirli e trasmetterli.

I dati stessi non saranno in alcun modo oggetto di diffusione. Essi potranno essere comunicati unicamente ai soggetti pubblici e privati coinvolti nello specifico procedimento, nei casi e per le finalità previste da leggi, regolamenti, normativa comunitaria o Contratti collettivi nazionali di lavoro, al fine di garantire la gestione di tutte le fasi del procedimento stesso.

Per tali finalità l’acquisizione dei dati è necessaria. Il loro mancato conferimento comporterà l’esclusione dalla procedura di cui al presente Avviso.

Il sottoscritto _____, acconsente al trattamento dei dati propri da parte dell’Ambito Territoriale Sociale di Nuoro e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

SI

NO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000



BITTI, DORGALI , FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI, OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE



Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori.

Data e luogo _____

Firma _____

Allegati:

- copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità nel caso di altro soggetto che presenta l'istanza nell'interesse del beneficiario;
- provvedimento dell'autorità giudiziaria di nomina del tutore/amministratore di sostegno (se ricorre);
- verbale di certificazione della condizione di non autosufficienza (*come definita nell'ultima colonna denominata "Non Autosufficienza" dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013*);
- documentazione relativa al possesso o alla locazione dell'immobile in cui risiede;
- ISEE in corso di validità e DSU;
- Ulteriore documentazione _____