



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Italia Domani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



## AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE PRAIA/SCALEA

PNRR - M5C2I1.1 - SUB-INVESTIMENTO 1.1.2 - AZIONI PER UNA VITA AUTONOMA E  
DEISTITUZIONALIZZAZIONE PER GLI ANZIANI - CUP: E14H22000390001

### ISTANZA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

(Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

in qualità di beneficiario/a di essere ammesso/a alle prestazioni *del progetto PNRR - Investimento 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti* e di poter usufruire delle prestazioni di assistenza, sostegno domiciliare e domotica previste dal programma;

o, in alternativa,

in qualità di:  familiare  convivente  tutore/curatore  amministratore di sostegno

persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente (art. 4 DPR 445/2000)

altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

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

residente nel Comune di:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AIETA          | <input type="checkbox"/> MAIERA'            | <input type="checkbox"/> SANTA DOMENICA TALAO  |
| <input type="checkbox"/> BELVEDERE M.MO | <input type="checkbox"/> ORSOMARSO          | <input type="checkbox"/> SANTA MARIA DEL CEDRO |
| <input type="checkbox"/> BUONVICINO     | <input type="checkbox"/> PAPASIDERO         | <input type="checkbox"/> SCALEA                |
| <input type="checkbox"/> DIAMANTE       | <input type="checkbox"/> PRAIA A MARE       | <input type="checkbox"/> TORTORA               |
| <input type="checkbox"/> GRISOLIA       | <input type="checkbox"/> SAN NICOLA ARCELLA | <input type="checkbox"/> VERBICARO             |

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ che questi/a venga ammesso/a, in qualità di beneficiario/a, alle prestazioni *del progetto PNRR - Investimento 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti* e che possa poter usufruire delle prestazioni di assistenza, sostegno domiciliare e domotica previste dal programma.

Dichiara, altresì, che l'aspirante beneficiario/a usufruisce al momento:

- dell'assegno di cura in favore di soggetti non autosufficienti  NO  SÌ
- di altri servizi domiciliari previsti da altri Enti (INPS, Regione, etc)  NO  SÌ (*specificare quali*)



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



## AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE PRAIA/SCALEA

### Documentazione da allegare alla domanda:

- fotocopia del documento di identità, in corso di validità, e della tessera sanitaria dell'anziano/a;
- fotocopia del documento di identità e della tessera sanitaria del richiedente (se persona diversa dall'anziano/a);
- scheda sullo stato di salute dell'anziano/a (a cura del medico curante);
- eventuale certificazione di invalidità e/o disabilità;
- attestazione ISEE (socio sanitario o, in alternativa, ordinario).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

### 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Nome e cognome del richiedente

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)