



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



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: D14H2200000006

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. _____)



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



AMBITO TERRITORIALE
SOCIALE DI TERMOLI



ATSI
SERNIA



Ambito Territoriale
Sociale Agnone



ATS VENAFRO
Ambito Territoriale Sociale Venafro



Piano Sociale di Zona
Ambito Territoriale Sociale
di Riccia/Bajano



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



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/a 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, lì.....

FIRMA DEL DIPENDENTE