**ISTANZA DI AMMISSIONE**

Il/La sottoscritto/a (*COGNOME E NOME*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

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

residente nel Comune di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov. \_\_\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ , tel/cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,;

C H I E D E

❑ 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: o familiare o convivente o tutore/curatore o amministratore di sostegno

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

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

del/della Sig./Sig.ra (*COGNOME E NOME*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

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

residente nel Comune di: ❑ BUSETO PALIZZOLO ❑ CUSTONACI ❑ ERICE

 ❑ FAVIGNANA ❑ MISILISCEMI ❑ PACECO

 ❑ SAN VITO LO CAPO ❑ TRAPANI ❑ VALDERICE

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*)

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

**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)* |