**Allegato A**

**Domanda di partecipazione**

**OGGETTO: NUOVO AVVISO PUBBICO PER L’INDIVIDUAZIONE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI DA OSPITARE PRESSO IL GRUPPO APPARTAMENTO CON SEDE NEL COMUNE DI MORIGERATI A VALERE SULLA PROGETTAZIONE PNRR - MISSIONE 5 - COMPONENTE 2 -INVESTIMENTO 1.1 - SOSTEGNO ALLE PERSONE VULNERABILI E PREVENZIONE DELLISTITUZIONALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI SUB - INVESTIMENTO 1.1.2 - AZIONI PER UNA VITA AUTONOMA E DEISTITUZIONALIZZAZIONE PER GLI ANZIANI AMMESSO A FINANZIAMENTO - CUP F54H22000430006**

Il/La sottoscritto/a:

**Richiedente**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**□** per sé stesso;

**□** per il beneficiario di seguito indicato;

di partecipare alla selezione di cui all’Avviso in oggetto

**Beneficiario (compilare se diverso dal richiedente)**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00:

* di conoscere ed accettare le condizioni (ai fini della redazione della graduatoria) contenute nell’Avviso Pubblico Finalizzato all’individuazione dei beneficiari del progetto relativo alla linea di investimento 1.1.2 “Autonomia degli anziani non autosufficienti”. Avviso 1/2022 PNRR Next Generation EU Missione 5 “Inclusione e coesione” Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore” Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”;
* di avere un’ età di \_\_\_\_\_\_\_;
* di avere la residenza in uno dei Comuni aderenti all’Ambito Territoriale S9(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* di avere una invalidità civile |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| %
* di percepire indennità di accompagnamento SI  NO  ;
* di essere l’unico membro del proprio nucleo familiare a presentare istanza per l’avviso in oggetto;
* di non usufruire, per l’anno in corso, di altri servizi simili di tipo domiciliare previsti da altri Enti, quali INPS, Regione, etc.;
* di non usufruire, per l’anno in corso, di assegno di cura;
* che il proprio stato di famiglia/che lo stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME E COGNOME** | **DATA DI NASCITA** | **GRADO DI PARENTELA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Alla presente domanda devono essere allegati obbligatoriamente:**

Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario e nel caso di domanda presentata da un tutore o amministratore di sostegno, anche dal richiedente;

Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);

Copia dei verbali di accertamento attestante lo stato di disabilità, invalidità civile ed eventuale riconoscimento della indennità di accompagnamento;

Copia dei relativi verbali/certificati attestante eventuali diagnosi, documentazione clinico sanitaria in merito alla diagnosi di invalidità e non autosufficienza;

***Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)***

*Si informa che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.*

*Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all’esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l’esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell’art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

**Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il Richiedente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**