

Allegato A1

**AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI 09 ANZIANI DA COINVOLGERE IN UN PROGETTO SPERIMENTALE DI ASSISTENZA PERSONALIZZATA A VALERE SULLA LINEA DI INVESTIMENTO 1.1.2. "AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI" - MISSIONE 5 "INCLUSIONE E COESIONE", COMPONENTE 2 "INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE", SOTTOCOMPONENTE 1 "SERVIZI SOCIALI, DISABILITÀ E MARGINALITÀ SOCIALE" DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) M5C2. CUP G84H22000060006.**

**AII'UNIONE DEI COMUNI  
LE TERRE DELLA MARCA SENONE**  
**Ufficio Programmazione e  
Gestione Servizi Sociali Coordinamento d'Ambito**  
Piazza Roma 23  
60012 TRECATELLI  
[protocollo@pec.letteredellamarcasenone.it](mailto:protocollo@pec.letteredellamarcasenone.it)

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

prov. o stato estero \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_

Email (scrivere in modo chiaro e leggibile) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

**Nazionalità**

- Italiana  
 Comunitaria \_\_\_\_\_  
 Extracomunitaria \_\_\_\_\_

- Permesso di soggiorno: Data inizio permanenza |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_ scadenza .....
- Tipo:
- Permesso di soggiorno U.E. per soggiornanti di lungo periodo.
- Protezione

### Stato civile

- Celibe/Nubile
- Coniugato/a
- Unioni civile
- Convivente
- Separato / Divorziato
- Vedovo/a

### Condizione non autosufficienza: (indicare una o più delle condizioni sotto descritte)

#### Persona in condizione di disabilità media

- Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, con invalidità compresa tra il 67 ed il 99%
- Ciechi civili art. 4 L. 138/2001
- Invalidi Civili con cofosi esclusi dalla fornitura protesica (D.M. 27/8/1999, n. 332)
- Invalidi (L. 222/84, artt.1 e6 – D.Lgs 503/92, art. 1 comma 8)
- Invalidi sul lavoro 50 >79% (D.P.R. 1124/65, art. 66)
- Invalidi sul lavoro 35 >59% (D.Lgs 38/2000, art. 13 -D.M. 12/7/2000 – L. 296/2006, ART. 1, COMMA 782)

#### Persona in condizione di disabilità grave

- L. 104/92, art. 3 comma 3
- Inabili totali (L. 118/71, art. 2 e 12)
- Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Inabili 100% (D. Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)
- Ciechi civili parziali (L. 382/70 - L. 508/88 – L. 138/2001)
- Sordi pre-linguali, di cui all'art. 50 L. 342/2000)
- Sordi ai sensi L. 381/1970, L. 95/2006 e L. 508/1988
- Inabili (L. 222/84, artt. 2, 6 e 8)
- Invalidi sul lavoro 80 >100% (DPR 1124/65, art. 66)
- Invalidi sul lavoro >59% (D.Lgs 38/2000, art.13 – DM 12/7/2000 – L. 296/2006, art 1, comma 782)

#### Persona in condizione di non auto sufficienza (ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n° 159/2013)

- Soggetti con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)
- Ciechi civili assoluti (L. 382/70 – L. 508/88 – L. 138/2001)

- Inabili con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (L. 222/84, art. 5)
- Invalidi sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 – art. 66)
- Invalidi sul lavoro con menomazioni dell'integrità psicofisica di cui alla L. 296/2006, art 1, comma 782, punto 4 (con grado superiore al 60%)

**Presenza di assistenza alla persona (caregiving):**

- SI
- NO

**Se sì, 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

**In possesso di Attestazione ISEE:**

- SI
- NO

**Titolarità abitazione:**

- Alloggio di proprietà ERAP (importo mensile locazione \_\_\_\_\_) condotto in locazione primaria (abitazione principale)
- Alloggio di proprietà del Comune di \_\_\_\_\_ (importo mensile locazione \_\_\_\_\_) condotto in locazione primaria (abitazione principale)

**DI ESSERE A CONOSCENZA CHE**

- la concessione del beneficio economico di cui al presente Avviso è subordinata al rispetto degli impegni sottoscritti dal beneficiario nel progetto assistenziale tra le parti, che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica;
- è responsabilità del beneficiario comunicare all'Unione qualunque cambiamento intervenuto nella sua situazione che determini la perdita anche di uno solo dei requisiti di accesso di cui all'art. 2 e/o il verificarsi di una delle condizioni di cui all'art. 8 del presente Avviso;
- l'Unione può effettuare i dovuti controlli circa la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese ai fini della partecipazione all'Avviso, anche d'intesa con l'Agenzia delle Entrate e con la Guardia di Finanza. In caso di dubbia attendibilità delle dichiarazioni rese, l'Unione richiede all'interessato la

documentazione. Qualora il cittadino si rifiuti, in sede di controllo, di presentare la documentazione richiesta, la domanda viene esclusa;

- 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 dal beneficio concessogli ed incorre nelle sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi attualmente vigenti in materia. In tal caso l'Ente ha facoltà di rivalsa per le somme equivalenti ai servizi indebitamente percepiti.

### **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:**

Il beneficiario individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte dell'Unione dei Comuni "Le Terre della Marca Senone", ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

SI

NO

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

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

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Allegati:**

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, del beneficiario e del soggetto sottoscrittore, se diverso dall'interessato;
- Per cittadini extracomunitari copia titolo di soggiorno in corso di validità;
- Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- Verbale di certificazione di non autosufficienza come definite dalla Tabella allegata al Regolamento ISEE (Allegato B) e/o certificazione di invalidità;
- Certificazione ISEE in corso di validità;