|  |
| --- |
| C I T TA’ D I P O T E N Z A UNITA’ DI DIREZIONE SERVIZI ALLA PERSONA Tel. 0971 415543 fax 0971 415523 Via Nazario Sauro - 85100 Potenza |

**ALL’ UNITA’ DI DIREZIONE SERVIZI ALLA PERSONA**

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**COMUNE DI POTENZA**

**DOMANDA PER LA FRUIZIONE DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA’ E DELL’AUTOGOVERNO PER PERSONE CON LIMITAZIONI NELL’AUTONOMIA**

**(D.G.R. 175/2018)**

**PROGETTO “ANZIANI 4.0”**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Stato Civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Eventuale persona di riferimento:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di poter partecipare in qualità di destinatario alle attività previste dal progetto “Anziani 4.0” attivato nel Comune di Potenza a valere sull’AP per la “presentazione di proposte progettuali a sostegno della domiciliarità e dell’autogoverno per persone con limitazioni nell’autonomia”, con il sostegno del PO FSE Basilicata 2014-2020 - azione 9.3.6, e, a tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci previste ex art. 76 del medesimo D.P.R.,

**DICHIARA**

- Che il proprio nucleo familiare è costituito dai seguenti componenti:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Codice fiscale** | **Relazione di parentela con il richiedente** | **Condizione di disabilità**  **(SI/NO)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* Di trovarsi in condizioni di particolare vulnerabilità e fragilità socio-economica;
* Di avere compiuto il 75° anno di età;
* Di vivere nel proprio domicilio;
* Di avere un’accertata (a cura del Medico di Medicina Generale) compromissione funzionale - cognitiva lieve che può pregiudicare la cura di sé, dell’ambiente domestico e provocare solitudine relazionale;
* Che il proprio nucleo familiare è in possesso di un valore I.S.E.E. in corso di validità pari a Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di non essere già destinatario di altri servizi, fra cui in particolare la frequenza sistematica e continuativa a servizi a carattere socio-sanitario (Centro Diurno, Assistenza Domiciliare, Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), Assegno di cura, ecc.);
* Che il proprio nucleo familiare non è beneficiario delle seguenti misure di accompagnamento o contributi assistenziali:
* Reddito Minimo di Inserimento (R.M.I.);
* Reddito di inclusione (R.E.I.)
* Sostegno per l’Inclusione Attiva (S.I.A.)
* Che il proprio nucleo familiare è beneficiario delle seguenti misure di accompagnamento o contributi assistenziali

□ Indennità di accompagnamento;

□ Assegno di invalidità/Indennità di frequenza;

□ Pensione di anzianità

□ Altri benefici assistenziali (contributi economici erogati dal Comune, esenzione dal

pagamento delle tariffe dei servizi pubblici, contributi per talassemici e nefropatici, ecc.);

Specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Allega alla presente:*

* *Certificazione I.S.E.E. in corso di validità;*
* *Copia del proprio documento di identità in corso di validità;*
* *Certificato medico con accertata (a cura del Medico di Medicina Generale)* ***compromissione funzionale-cognitiva lieve*** *che possa pregiudicare la cura di sé, dell’ambiente domestico e provocare solitudine relazionale.*

Potenza, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Acconsento, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679),al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali ad opera dei soggetti legittimati relativamente a quanto necessario ai fini della procedura.

Potenza, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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