



## ZONA SOCIALE N. 4 DELL'UMBRIA

### Sezione 1): Domanda di ammissione Progetto di “*domiciliarità*” a favore delle persone anziane non autosufficienti

#### QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| Cognome _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nome _____            | nato/a                           |
| Nato/a il _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | a _____               | Prov. _____                      |
| residente in _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Via/Piazza _____      | n ° _____ CAP _____              |
| domiciliato presso _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                  |
| CAP _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | tel. _____            | cell. _____ Codice Fiscale _____ |
| Stato civile <sup>2</sup> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Indirizzo email _____ |                                  |
| Cittadinanza <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                  |
| <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> cittadino italiano;</li><li><input type="radio"/> cittadino comunitario;</li><li><input type="radio"/> familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;</li><li><input type="radio"/> cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno rilasciato da _____ con scadenza il _____ in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data;</li><li><input type="radio"/> titolare di status di rifugiato (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data) _____</li><li><input type="radio"/> titolare di status di protezione sussidiaria _____</li></ul> |                       |                                  |

<sup>2</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>3</sup> Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.



## QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE O DEL FAMILIARE IN LINEA RETTA FINO AL PRIMO GRADO O DEL CONIUGE

|                                                                                                                                             |                                              |                |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------|-------------------|
| Cognome                                                                                                                                     | _____                                        | Nome           | _____             |
| Grado di parentela                                                                                                                          | _____                                        | specificare    | _____             |
| In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore)                                                                                | _____                                        |                |                   |
| nato/a il                                                                                                                                   | _____                                        | a              | _____ Prov. _____ |
| e residente in                                                                                                                              | _____ Comune afferente la Zona sociale n. 4, |                |                   |
| Via / P.zza                                                                                                                                 | _____                                        | n.°            | _____ CAP _____   |
| tel.                                                                                                                                        | _____                                        | Codice Fiscale | _____             |
| Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): |                                              |                |                   |
|                                                                                                                                             |                                              |                |                   |

Vista la Determinazione del Responsabile della Zona Sociale n.4 n. 737 del 28/07/2025 con la quale è stato aperto l'Avviso pubblico per la selezione di candidature di accesso ai benefici concessi con i progetti per la "domiciliarità" a favore delle persone con disabilità;

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

### CHIEDE

Di essere ammesso in qualità di persona anziana non autosufficiente o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona anziana non autosufficiente (Nome \_\_\_\_\_/Cognome \_\_\_\_\_), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte dei servizi territorialmente competenti, alla realizzazione del progetto per *domiciliarità* a favore delle persone anziane non autosufficienti.  
A tale fine



## DICHIARA

### QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

| Componente | Cognome | Nome | Relazione | Luogo di nascita | Data di Nascita | Condizione <sup>4</sup> : |
|------------|---------|------|-----------|------------------|-----------------|---------------------------|
| I°         |         |      |           |                  |                 |                           |
| II°        |         |      |           |                  |                 |                           |
| III°       |         |      |           |                  |                 |                           |
| IV°        |         |      |           |                  |                 |                           |

### QUADRO C – CONDIZIONE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE O DI NON AUTOSUFFICIENZA

di essere in possesso di **attestazione di condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato art. 3 c.1, art.3 c. 3 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ da\_\_\_\_\_, con verbale n.\_\_\_\_\_.

di essere di essere riconosciuto **Invalido civile almeno al 75%** riconosciuta dal \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_.

<sup>4</sup> trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- invalidità civile almeno pari al 75%;
- accertata condizione di disabilità art. 3, c.c.1 e/o. 3 della legge 104/92<sup>4</sup>



## QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ISEE socio-sanitario del valore ricompreso tra:

- fino ad € 5.000,00
- da € 5.001,00 ad € 10.000,00
- da € 10.001,00 ad € 15.000,00
- da € 15.001,00 ad € 20.000,00

### DICHIARA INFINE

di godere dei diritti civili e politici. *(I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria).*

in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.



Titolari del trattamento dei dati personali sono i Comuni della Zona Sociale 4 e il Comune di Marsciano, in qualità di Comune capofila della Zona Sociale n. 4. Responsabili del trattamento sono i Responsabili dei Servizi Sociali di ciascun Comune e il Responsabile dell'Area Sociale del Comune di Marsciano, quale capofila. Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003, il richiedente autorizza il Comune di Marsciano, capofila della Zona Sociale n. 4, a richiedere agli Uffici competenti ogni eventuale atto, certificazione, informazione, ritenute utili ai fini della valutazione della domanda.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art.**

#### **QUADRO E – IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del  
Sig./Sig.ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

Firma \_\_\_\_\_



## Sezione 2): Formulário di Progetto personale per la “*domiciliarità*”

Il/la sottoscritto/a

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

qualità di persona anziana non autosufficiente o il/la sottoscritto/a

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

qualità di legale rappresentante/familiare in linea retta fino al primo grado o coniuge della persona

anziana non autosufficiente (nome \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_)

### DICHIARA

di voler realizzare il seguente **progetto personale per la *domiciliarità***:

#### / Obiettivi del progetto e durata dello stesso:

---

---

---

---

---

---

---

---

#### / Condizione attuale:

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda: SI ☐ NO ☐

- beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari: SI ☐ NO ☐

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare),

---

---

---

---

- Presenza di un assistente familiare, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la “domiciliarità”. SI ☐ NO

☐

Se SI, per un totale di € \_\_\_\_\_ mensili.

- II. **Obiettivi di prevista evoluzione del progetto** connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

---

---

---

---

---

---

- III. **Necessità della persona:**

---

---

---

---

---

---

- Assunzione con contratto di lavoro dell’assistente familiare nel rispetto della normativa vigente<sup>1</sup>: *(sono accoglibili solo le domande solo per assunzioni di assistente familiare con regolare contratto di lavoro domestico per un minimo di 24 ore settimanali e per una durata del rapporto di lavoro di almeno 12 mesi)*

SI ☐ NO ☐

Generalità dell’assistente familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Stato Civile \_\_\_\_\_ Cittadinanza<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**Tipologia di contratto stipulato e impegno orario mensile (specificare):**

<sup>1</sup> 1) Tra l’assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio o di parentela fino al secondo grado (linea diretta e collaterale). Non è obbligatorio che l’assunzione dell’assistente familiare sia avvenuta al momento di presentazione della domanda.

IV **Costi previsti:**

- Assistente familiare:  
Stipendio € \_\_\_\_\_  
Contributi € \_\_\_\_\_  
Totale busta paga mensile € \_\_\_\_\_  
Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € \_\_\_\_\_
- Altri costi totale (specificare): € \_\_\_\_\_

**INOLTRE DICHIARA**

- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- di **individuare in piena autonomia l'assistente familiare;**
- di assumere, in qualità di datore di lavoro tutti gli **obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente familiare** nel rispetto della normativa;
- di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di *domiciliarità*.

**INFINE SI IMPEGNA:**

- ad uscire dalla struttura residenziale nella quale è ricoverato nell'ipotesi di cui all'art. 3 comma 2 dell'Avviso.
- a rendere le comunicazioni previste dall'art. 7 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del  
Sig./Sig.ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

**Allegati:**

- 1) copia della certificazione ISEE socio-sanitario;
  - 2) copia dalla documentazione sanitaria da cui risulti l'invalidità civile pari almeno al 75% e/o l'accertamento della condizione di disabilità condizione con necessità di sostegno elevato o molto elevato art. 3 c.1, art.3 c. 3 legge 5 febbraio 1992, n. 104;
  - 3) copia del documento di identità della persona anziana non autosufficiente.
  - 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino.
  - 5) copia del documento di identità dell'anziano non autosufficiente e del rappresentante legale / familiare/ coniuge.
- Firmatari.