

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
ANNUALITA' 2026

AL SINDACO DEL COMUNE DI

Il sottoscritto/a _____ Codice Fiscale (da allegare) _____
nato/a a _____ il _____ residente
in _____ via _____
Tel _____ E-mail _____

In qualità di: *(barrare la voce che interessa)*

☐ persona anziana invalida non autosufficiente in possesso di indennità di accompagnamento

oppure

☐ familiare (convivente o no) che attiva interventi di supporto assistenziale a favore di:

☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno di:

sig./sig.ra _____
(anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente in possesso di indennità di accompagnamento)

codice fiscale (da allegare alla presente) _____

nato/a a _____ il _____ residente

in _____ via _____

Tel _____ E-mail _____

essere domiciliato (ai fini della visita domiciliare) in _____

via _____.

CHIEDE

DI POTER PARTECIPARE ALLA PROCEDURA PER L'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PER L'ANNUALITA' 2026 secondo l'avviso pubblico approvato con DD RG 2457 del 24/10/2025. A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

CHE IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE, ALLA DATA DI SCADENZA DELL'AVVISO:

- ha compiuto/compirà il 65° anno di età;
- è in possesso della certificazione di invalidità pari al 100%;
- è titolare di indennità di accompagnamento, o dell'assegno per l'assistenza personale continuativa erogato dall'INAIL se rilasciato a parità di condizioni dell'Indennità di accompagnamento dell'INPS e alternativo alla stessa misura.
- E' residente in uno dei comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. XIX;
- usufruisce di una adeguata assistenza presso la propria residenza o presso altro domicilio privato, gestita *(barrare la voce che interessa)*:
 - ☐ direttamente dal nucleo familiare, anche non convivente;
 - ☐ con l'aiuto di assistenti familiari private, in possesso di regolare contratto di lavoro *(da allegare alla presente)*.

✓ Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili.

1. Copia di un **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO e CODICE FISCALE** del richiedente ed eventualmente dell'anziano potenziale beneficiario dell'assegno (se non coincidente con il richiedente);
2. Copia del **VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE** attestante il **possesso dell'indennità di accompagnamento**;
3. **ATTESTAZIONE ISEE SOCIO-SANITARIO O ISEE ORDINARIO**, in corso di validità, (anche in modalità ristretta), rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05 dicembre 2013, riferita al nucleo familiare in cui è presente l'anziano non autosufficiente.
4. Copia del **CONTRATTO DI LAVORO INDIVIDUALE DELL'ASSISTENTE FAMILIARE** (*Nel caso in cui l'intervento assistenziale sia svolto da un Assistente Familiare*);

Il richiedente