



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI SICUREZZA E RESILIENZA



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



ALLEGATO A – MODELLO DI DOMANDA

Spett.le Comune di

e p.c. all'Ambito Territoriale Sociale VEN_18

SEDE

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA FORNITURA DI AUSILI - A VALERE SULL'AVVISO PUBBLICO PNRR AZIONE 1.1.2 - AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI CUP: J14H22000440001

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il ____/____/____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Prov. _____)

in via _____ n.

Codice Fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/:

telefono _____ cellulare _____

e-mail _____

☐ in qualità di diretto interessato

oppure

☐ in qualità di _____

del/della Sig./Sig.ra _____

(parte da compilare in caso di istanza richiesta da un familiare, convivente, tutore, amministratore o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere art. 4 DPR 445/2000):

nato/a il ____/____/____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Prov. _____)

in via _____ n. _____

Codice Fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____;

telefono _____ cellulare _____

e-mail _____



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



CHIEDE

Di poter fruire delle prestazioni della Linea di Investimento 1.1.2 “Autonomia degli anziani non autosufficienti” – PNRR missione 5 componente 2 sottocomponente 1 investimento 1 – del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Progetto finanziato dall’Unione Europea nello specifico per la fornitura di ausili: (barrare l’ausilio richiesto)

☐ AUSILI DI POSIZIONAMENTO (specificare)

☐ MANIGLIONE A VENTOSA O FISSO

☐ SEDIA TRANSFER PER VASCA

☐ PROPULSORE ELETTRICO PER CARROZZINA

☐ CARROZZINA

☐ SOLLEVATORE ATTIVO

☐ KIT TELEMEDICINA – AUTOMONITORAGGIO

☐ LETTO

☐ SISTEMA ANTIDECUBITO

NOTE:

Il M.M.G. Dr. _____ conferma tale richiesta, ritenuta idonea in relazione alle necessità assistenziali dell’anziano.

Data _____

Il MMG (timbro e firma) _____

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D. Lgs 101 del 10/08/2018, per il quale esprime il proprio consenso:

DICHIARA
(o per conto dell’assistito/delegante)

☐ di aver preso visione dell’avviso pubblico relativo alla fornitura di ausili per Anziani pubblicato



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



dall'Ambito Territoriale Sociale VEN_18 Lendinara (capofila);

- ☐ di aver compiuto 65 anni di età;
- ☐ di avere la residenza nel Comune di _____, afferente all'Ambito Territoriale Sociale VEN_18;
- ☐ di aver uno stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza;
- ☐ di avere/non avere un'ISEE socio sanitario per l'anno 2026; se presente pari ad € _____
- ☐ di non essere già assegnatario dei medesimi ausili concessi da altri Enti

Dichiara, inoltre

- ☐ Di avere una rete familiare presente e di supporto
- ☐ Di NON avere una rete familiare presente e di supporto

A tal proposito allega alla presente:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità nel caso di altro soggetto che presenta l'istanza nell'interesse del beneficiario;
- Copia provvedimento dell'autorità giudiziaria di nomina del tutore / amministratore di sostegno;
- Attestazione ISEE per prestazioni socio-sanitarie, in corso di validità;
- Informativa trattamento dati personali sottoscritta da chi rende le dichiarazioni (allegata al modulo di richiesta);
- Certificazione attestante lo stato di disabilità/non autosufficienza (allegare: verbale attestante l'invalidità civile o indennità di accompagnamento o Legge 104/92).

Luogo e data _____

Firma _____