

**All. C**

**BENEFICIARI ADI (ASSEGNO DI INCLUSIONE) E/O NUCLEI FAMILIARI O PERSONE IN POSSESSO DI ATTESTAZIONE ISEE NON SUPERIORE A 9.360 EURO PER I QUALI SUSSISTA UNA PRESA IN CARICO SOCIALE**

**AL SERVIZIO SOCIALE COMUNE DI \_\_\_\_\_**

Oggetto:

**AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA, PERSONE ECONOMICAMENTE FRAGILI, PERSONE ANZIANE, DI CUI AL FONDO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZA (FNA) ANNUALITA' 2022 (DGR 161/2025 e DGR 306/2025 REGIONE CALABRIA) E QUOTA SERVIZI FONDO POVERTA' TRIENNIO 2021-2023.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici (1) \_\_\_\_\_  
(2) \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

❖ In qualità di:

- Diretto interessato
- Amministratore di Sostegno/Tutore
- Caregiver familiare

**CHIEDE**

- Per sé
- per il beneficiario di seguito indicato:

(Nome e Cognome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

di accedere ai servizi di cui all'Avviso in oggetto.

A tal proposito, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del e s.m.i.)

**DICHIARA**

- Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ ;
- Di non essere beneficiario di altri servizi previsti da progetti simili di assistenza e/o contributi economici erogati dall'ATS, ASP e/o Comuni;
- Di essere beneficiario della misura nazionale ADI (Assegno di Inclusione);
- Di essere titolare del progetto personalizzato di presa in carico sociale;
- Che la composizione del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è la seguente:

N°	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela
1					Intestatario Scheda
2					
3					
4					
5					
6					
7					

❖ In riferimento a quanto previsto dall'Avviso in oggetto:

**RICHIEDE**

**di poter usufruire del servizio di (barrare una sola casella):**

- SOSTEGNO SOCIOEDUCATIVO DOMICILIARE;**
- ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIOASSISTENZIALE.**

❖ Ai fini dell'accesso alla graduatoria degli aventi diritto, DICHIARA altresì:

Di avere età pari a \_\_\_\_\_ anni (compiuti);

Che la condizione socio- familiare è la seguente:	<input type="checkbox"/> Persona sola; <input type="checkbox"/> Persona con familiare convivente o caregiver di riferimento; <input type="checkbox"/> Minore
Che il valore del proprio Isee è:	<input type="checkbox"/> Reddito Isee fino a € 9360,00; <input type="checkbox"/> Da € 9.360,01 a € 15.000,00; <input type="checkbox"/> Da €15.000,01 a €20.000,00; <input type="checkbox"/> Da € 20.000,01 a € 25.000,00; <input type="checkbox"/> Superiore a € 25.000,00.

Di aver preso piena coscienza di tutte le condizioni stabilite dall'Avviso cui si riferisce la presente istanza.

**Elenco documenti da allegare alla domanda:**

1. Copia documento identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
2. Isee Ordinario in corso di validità;
3. Copia del provvedimento di eventuale nomina di amministratore di sostegno/tutore.

Luogo e data

FIRMA

\_\_\_\_\_  
Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

Luogo e data

FIRMA

