



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



ASP N. 9



GIBELLINA



MAZARA DEL VALLO



SALEMI



VITA



ALLEGATO 1

## MODELLO DI ISTANZA

**PER LA DEFINIZIONE E ATTUAZIONE, A MEZZO VOUCHER SOCIALI, DI PROGETTI A VALERE SUL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)– SUB INVESTIMENTO 1.1.2 – AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E SUB INVESTIMENTO 1.1.3 - RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI DOMICILIARI PER GARANTIRE LA DIMISSIONE ANTICIPATA ASSISTITA E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE PER IL DISTRETTO SS 53 DI MAZARA DEL VALLO E IL DISTRETTO SS 54 DI CASTELVETRANO.**

**La/Il sottoscritto/a:**

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

Nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via/le/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ altro Telefono \_\_\_\_\_

(indicare uno o più numeri specificando a chi corrispondono parente, beneficiario, tutore, ecc)

Codice fiscale \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- Diretto interessato**
- Familiare**
- Amministratore di sostegno**
- Tutore**
- Curatore**

**CON LA PRESENTE CHIEDE**

**definizione e attuazione, a mezzo voucher sociali, di progetti a valere sul piano nazionale di ripresa e resilienza (pnrr)– sub investimento 1.1.2 – autonomia degli anziani non autosufficienti e sub investimento 1.1.3 - rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l’ospedalizzazione per il Distretto ss 53 di Mazara del Vallo e il Distretto ss 54 di Castelvetro**

**sig. /sig.ra** (compilare solo se diverso dal richiedente)

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

Nata/o \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via/le/P.zza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ altro Telefono \_\_\_\_\_

(indicare uno o più numeri specificando a chi corrispondono parente, beneficiario, tutore, ecc)

Codice fiscale : \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all’art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

**DICHIARA**

Di aver preso visione dell’Avviso Pubblico e di accettarne le condizioni;

***Che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:***

certificazione redatta dal medico di base attestante lo stato di non autosufficienza;

che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e nome	Grado di parentela	Data di nascita	

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. Copia del documento di riconoscimento del richiedente;
2. Copia del documento di riconoscimento dell'anziano (qualora persona diversa dal richiedente);
3. Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
4. Attestazione di non autosufficienza rilasciato dal medico di base.

Firma

---