

ALLEGATO A

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE - AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PERSONE ANZIANE IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO A VALERE SUL PNRR M5C2 INVESTIMENTO 1.1 – SUB INVESTIMENTO 1.1.2 CUP: E64H22000120001

MODULO DI DOMANDA

AI CONSORZIO C.I.S.A.S. DI SANTHIA'

Il/la sottoscritto/a, nato/a a il.....,
residente in, via n....., C.F.....
Tel... ..,
indirizzo di posta elettronica.....pec.....

in qualità di soggetto interessato

oppure

Il/la sottoscritto/a, nato/a a il.....,
residente in, via n....., C.F.....
Tel... ..,
indirizzo di posta elettronica.....pec.....

in qualità di familiare

del Sig./Sig.ra....., nato/a a il.....,
residente in, via n....., C.F.....
Tel... ..,

oppure

Il/la sottoscritto/a, nato/a a il.....,
residente in....., via n.....,
C.F.....,
Tel.....,
indirizzo di posta elettronica.....pec.....

in qualità di tutore, amministratore di sostegno, delegato

del Sig./Sig.ra....., nato/a a il.....,

residente in, via n....., C.F.....
Tel... ..,

AUTO DICHIARA

(o per conto dell'assistito/delegante), ai sensi del DPR 445/2000, quanto segue:

- di conoscere e accettare le condizioni contenute nell'Avviso pubblico;
- di aver età pari o superiore a 65 anni;
- di essere residente in un Comune afferente al "CONSORZIO C.I.S.A.S. DI SANTHIA" → Alice Castello, Balocco, Bianzè, Borgo d'Ale, Buronzo, Caresana, Carisio, Cigliano, Collobiano, Costanzana, Crova, Giffenga, Greggio, Lamporo, Livorno Ferraris, Moncrivello, Motta De' Conti, Olcenengo, Oldenico, Pertengo, Pezzana, Prarolo, Roppolo, Salasco, San Germano V.se, San Giacomo V.se, Santhià, Stroppiana, Tronzano V.se, Viverone.
- di essere in condizione di non autosufficienza, comprovata da valutazione UVG con punteggio sanitario uguale o superiore a 5¹;
- non essere inserito stabilmente in strutture residenziali (RSA o simili) e non intendere formulare domanda d'inserimento nel periodo progettuale (fino al 30 Giugno 2026);
- di avere ISEE in corso di validità (o attestazione ISEE 2025²) non superiore a € 50.000;
- di esser titolare di abitazione con una delle seguenti caratteristiche (indicare quale):

- ☐ di proprietà;
- ☐ in locazione (con regolare contratto);
- ☐ in comodato d'uso;
- ☐ in usufrutto;
- ☐ alloggio di edilizia residenziale pubblica.

- di essere disponibile ad accettare un progetto personalizzato e a collaborare con gli operatori;

¹ Requisito da possedersi entro la data di chiusura dell'avviso.

² In caso di mancato rilascio dell'attestazione ISEE 2026 entro la scadenza dell'avviso.

- di essere interessato ad intraprendere un percorso sociosanitario di assistenza domiciliare;
- di avere una delle seguenti situazioni familiari/livello di assistenza (indicare quale):

- ☐ persona assistita da familiare under 65/badante h24;
- ☐ persona assistita da familiare under 65/badante (solo/a meno di 3 ore al giorno);
- ☐ persona assistita da familiare under 65/badante (solo/a dalle 3 alle 5 ore al giorno);
- ☐ persona assistita da familiare under 65/badante (solo/a dalle 6 alle 8 ore al giorno);
- ☐ persona assistita da familiare under 65/badante (solo/a dalle 9 alle 11 ore al giorno);
- ☐ persona assistita da familiare under 65/badante (solo/a dalle 12 alle 14 ore al giorno);
- ☐ persona assistita da familiare under 65/badante (solo/a per più di 14 ore al giorno);
- ☐ nucleo composto esclusivamente da due componenti che abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età;
- ☐ nucleo composto da due componenti che abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età e uno o più figli con disabilità;
- ☐ nucleo composto da persona ultrasessantacinquenne solo/a e priva di assistenza;

Altra situazione (specificare) _____

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura di selezione di cui all'Avviso in oggetto.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il beneficiario/a individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del CONSORZIO C.I.S.A.S. DI SANTIA', ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

o SI o NO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto/a è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori.

ALLEGATI

- copia fronte/retro di un documento di identità e codice fiscale in corso di validità del beneficiario/a e eventuale 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/a;
- eventuale provvedimento dell'autorità giudiziaria di nomina del tutore/amministratore di sostegno;
- certificazione sanitaria attestante la condizione di non autosufficienza (Unità di Valutazione Geriatrica);
- attestazione ISEE in corso di validità o attestazione ISEE 2025;
- titolo di disponibilità dell'immobile (atto di proprietà, contratto di locazione, contratto di comodato d'uso o diritto di usufrutto);
- modulo informativa privacy relativa alla tutela del trattamento dei dati personali debitamente sottoscritto (allegato B);
- eventuale documentazione integrativa.

Luogo e Data.....

Il/la Sottoscritto/a
