



**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 sottoscritta/o:**

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 Castelvetrano

* **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