



**AVVISO PUBBLICO PER L'ACCESSO AI SOSTEGNI DEL PROGRAMMA
OPERATIVO REGIONALE "DOPO DI NOI"**

INTERVENTI GESTIONALI – RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO

ai sensi della DGR 3404/2020 Regione Lombardia – sulla base del piano territoriale approvato dall'Assemblea dei Sindaci con verbale n.6 del 03/11/2020 con atto dirigenziale del 24/11/2020

Modulo domanda di accesso

Al Comune di _____

IL RICHIEDENTE:

Il sig./la sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
prov. _____ codice fiscale _____
Tel. _____

In qualità di beneficiario, tutore, curatore, amministratore di sostegno
 familiare (specificare _____), altro (specificare _____)

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente):

COGNOME _____	NOME _____
NATO/A A _____	PROV. _____ IL _____
RESIDENTE A _____	VIA _____ N° _____
PROV _____	TEL _____
CODICE FISCALE _____	



CHIEDE

di accedere al contributo per ricoveri di pronto intervento

secondo quanto definito nell'Avviso pubblico per l'accesso ai sostegni del Programma operativo regionale DOPO DI NOI: interventi gestionali – ricoveri di pronto intervento.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che il soggetto beneficiario del contributo:

- è persona disabile grave
 - o non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
 - o ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge;
 - o con età: 18/64 anni;

Priva del sostegno familiare a seguito di decesso o ricovero ospedaliero del caregiver familiare e/o a seguito del verificarsi di situazioni di emergenza che possono fortemente pregiudicare i sostegni necessari alla persona con disabilità grave per una vita dignitosa al proprio domicilio (specificare _____)

- è in possesso di una regolare **ATTESTAZIONE ISEE SOCIO-SANITARIO** il cui Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) corrisponde ad € _____ come da DSU Prot. N. INPS-ISEE _____ rilasciata in data _____;

DICHIARA, inoltre,

di essere a conoscenza:

- dell'Avviso pubblico per l'accesso ai sostegni del Programma operativo regionale DOPO DI NOI – interventi gestionali – ricoveri di pronto intervento e di tutto quanto in esso disciplinato;
- che l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71 e s.m.i., potrà richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati e procedere ad idonei controlli.

Luogo, _____ data _____

Firma del richiedente _____



**Azienda Speciale Consortile
Medio Olona
Servizi alla Persona**

Allega alla presente domanda:

- Copia della carta d'identità e codice fiscale del richiedente e/o del rappresentante del beneficiario (se diverso dal richiedente);
- Copia della certificazione di gravità rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
- Attestazione ISEE SOCIO-SANITARIO in corso di validità.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi dell'art.13 Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra, come da informativa art.8 de "Avviso pubblico per l'accesso ai sostegni del programma operativo regionale "DOPO DI NOI": Interventi gestionali – ricoveri di pronto intervento" (ai sensi della DGR3404/2020 Regione Lombardia – sulla base del piano territoriale approvato dall'Assemblea dei Sindaci con verbale n.6 del 03/11/2020 con atto dirigenziale del 24/11/2020).

In fede (firma) _____

Luogo, _____ Data _____