



*Agenzia per la
Coesione Territoriale*



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 3 AMANTEA

Sede Legale Amantea Via Carlo Alberto dalla Chiesa CAP 87032 - Tel.0982/ 4291

Sede Operativa San Pietro in Amantea 87030 L. go Santa Maria delle Grazie

Sito web istituzionale: <https://www.distrettosocialeamantea3.it/> pec: udp.ats3amantea@asmepec.it e-mail: udp.ats3amantea@gmail.com

PNRR - MISSIONE 5 COMPONENTE 3 INVESTIMENTO 1.1.1
AVVISO PUBBLICO SERVIZI E INFRASTRUTTURE SOCIALI DI COMUNITÀ

AVVISO PUBBLICO

per l'individuazione dei destinatari dell'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare in favore di persone semi e non autosufficienti ultra sessantacinquenni residenti nei comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Amantea e ricadenti nelle c.d. Aree Interne (comuni di Aiello Calabro, Belmonte Calabro, Cleto, Lago, San Pietro in Amantea e Serra d'Aiello)

CUP I31G22000010006
CIG A03AFB23E5

ALLEGATO A

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____
il ____/____/____ residente a _____
via _____ n. _____
c.f. _____ tel. _____ cell. _____
email _____ PEC _____ in qualità di

Beneficiario diretto

oppure: (barrare la voce che interessa)

Familiare **Tutor** **Curatore** **Amministratore di sostegno**

di (nome e cognome) _____ nato/a _____
prov. _____ il ____/____/____ residente a _____ via _____
n. _____ c.f. _____ tel. _____ cell. _____
email _____
PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso a

servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.), destinato ad utenti semi e non autosufficienti ultra sessantacinquenni;

servizio di assistenza educativa domiciliare e territoriale (S.E.D.T.), destinato a minori, o maggiorenni, che manifestino bisogni educativi specifici e/o appartenenti a reti parentali deboli.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



*Agenzia per la
Coesione Territoriale*

che il/la sig./sig.ra _____ è in possesso dei seguenti requisiti:

Residente in uno dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale di Amantea, e più precisamente nel comune di

- Aiello Calabro
- Belmonte Calabro
- Cleto
- Lago
- San Pietro in Amantea
- Serra D'Aiello

Nel caso di richiesta di **Servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.)**

- avere un'età compresa tra i 65 e gli 80 anni con disabilità certificata pari a ____ %
- avere un'età superiore agli 80 anni senza necessariamente essere titolare di disabilità certificata (nel caso di over ottantenne con invalidità, dichiarare che la % di invalidità è pari a _____)

Nel caso di richiesta di **Servizio di assistenza educativa domiciliare e territoriale (S.E.D.T.)**

- avere un'età inferiore ai 18 anni e manifestare bisogni educativi specifici e/o appartenere a reti parentali deboli
- avere un'età compresa tra i 18 e i 30 anni ed essere affetto da disabilità grave

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso;

di essere a conoscenza che l'Ente erogatore, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;

di essere a conoscenza che possono essere richieste integrazioni documentali alla presente domanda.

Si allegano

1. certificazione ISEE corredato da DSU (Socio Sanitaria, per coloro i quali dichiarano l'invalidità), in corso di validità, del nucleo familiare del potenziale beneficiario
2. copia documento d'identità in corso di validità del beneficiario e, nel caso, di colui che presenta l'istanza.

Solo per coloro che presentano domanda per i benefici per i quali l'invalidità rappresenta requisito necessario o nel caso in cui l'istante avesse diritto alle priorità previste dall'Avviso:

3. Verbale di invalidità (es. L. 508/88 art. 1, comma 2, lett. b) e/o Verbale L. 104/92 (art.3, comma 3)
3. Altra eventuale documentazione

Luogo e data

Firma del beneficiario diretto

**Firma del Familiare Tutore Curatore Amministratore di sostegno
(barrare la voce che ricorre)**
