

MODELLO DI DOMANDA A

Cittadini che hanno già fatto domanda coi bandi precedenti

AL SINDACO DEL COMUNE DI

DOMANDA DI ACCESSO ALLA GRADUATORIA BENEFICIARI DELL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2022

(Delibere di Giunta Regionale n^ 1482 del 01/12/2021 e DGR n. 179 del 22/02/2021)

Il sottoscritto/a

Codice Fiscale.....

nato/a il a

residente a via n. Tel.....

in qualità di *(barrare la voce che interessa)*

- il familiare (parente entro il 4^a grado o affine entro il 2^a) che accoglie l'anziano nel proprio nucleo o che si prendono cura dello stesso anche se non conviventi;
- soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente (tutore, curatore, amministratore di sostegno);
- persona anziana in situazione di non autosufficienza

per il/la sig./sig.ra

persona anziana in situazione di non autosufficienza già beneficiaria dell'assegno di cura nell'anno 2021
avente le seguenti generalità

Codice Fiscale.....

nato/a il a

residente in via Tel.....

ovvero essere residente nel comune di _____ ma domiciliato, nel comune

di _____ che è confinante con la Regione Marche

CHIEDE

**ACCESSO ALLA GRADUATORIA 2022 DEI BENEFICIARI DELL'ASSEGNO DI CURA
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA IL MANTENIMENTO DEI REQUISITI D'ACCESSO PREVISTI NEL BANDO.

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati in calce al presente modulo e fornita anche con il bando pubblico, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili;
- di essere consapevole che, in caso di ammissione a beneficio, verrà richiesta dall'Ente erogatore documentazione ulteriore attestante la regolare posizione lavorativa di eventuale personale privato che svolge funzioni assistenziali nei confronti del beneficiario;
- essere consapevole che, in caso di ammissione a beneficio e presenza di assistente familiare, la stessa dovrà presentare al momento della sottoscrizione del Patto l'impegno formale ad iscriversi all'Elenco degli Assistenti Familiari gestito presso i CIOF – Centri per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione, entro 12 mesi dalla concessione del beneficio;
- di essere consapevole che le dichiarazioni rese saranno soggette a verifiche d'ufficio e che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

Allegati alla presente:

- attestazione I.S.E.E. ordinario (dell'anziano solo o del nucleo familiare convivente), Dichiarazione Sostitutiva Unica in corso di validità;
- copia del verbale di invalidità civile (anche in caso di cecità) con riconoscimento dell'indennità d'accompagnamento;
- copia del contratto individuale di lavoro
- copia fotostatica di un valido documento di identità personale.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
