

per il tramite del Comune di _____

Il/la sottoscritto/a	
nato/a a	il
e residente in	Via/Piazza
codice fiscale	
telefono	
e_mail	

☐ PER SE MEDESIMO
☐ PER _L_ SIGNOR _____ codice fiscale _____ con il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo _____ (figlio/a, padre/madre, tutore, fratello/sorella, altro) residente in _____ via/p.zza _____

visto l'Avviso pubblico prot. n. 2426 del 5.12.2024

CHIEDE
L'ASSEGNAZIONE DEL TITOLO DI CURA ED ASSISTENZA (SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE)
PER L'ANNO 2025

Il sottoscritto a tal fine dichiara:

- di aver letto e compreso l'Avviso Pubblico citato in ogni sua parte;
- di essere consapevole che, in conseguenza della presente richiesta, verrà contattato da un'Unità valutativa composta da professionisti qualificati ai fini della valutazione del bisogno socioassistenziale e che tale valutazione può comportare anche la necessità di visite domiciliari e/o colloqui sociali;
- di essere consapevole che l'esito del procedimento verrà comunicato agli interessati esclusivamente mediante pubblicazione sul sito del Consorzio Sociale della Bassa Sabina www.bassasabinasociale.it ;
- che in caso di utile collocazione in graduatoria, il Titolo di Cura ed Assistenza assegnato avrà validità dal 01 Aprile 2025 al 31 dicembre 2025, salvo eventuali proroghe disposte dal Consorzio sociale;
- che in caso di utile collocazione in graduatoria il Titolo di Cura ed Assistenza assegnato potrà essere utilizzato per la fruizione di prestazioni socioassistenziali a domicilio erogate da soggetti scelti dallo stesso destinatario tra quelli iscritti al Registro distrettuale di accreditamento.

Il sottoscritto inoltre dichiara di ☐ **percepire** ovvero ☐ **non percepire** l'indennità di accompagnamento

Consapevole che la presente domanda deve essere corredata, **a pena di esclusione**, dei documenti richiesti con l'Avviso Pubblico, **allega**:

☐ *ATTESTAZIONE ISEE 2025 in corso di validità ai sensi del DPCM n. 159/2013, per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria (art. 6 del Dpcm 159/2013) o, nel caso in cui il potenziale beneficiario sia minorenni, per prestazioni agevolate rivolte a minorenni (art. 7 del Dpcm 159/2013);*

(OPPURE)

☐ *DICHIARA di aver presentato Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) 2025 in data _____;*

☐ *CERTIFICAZIONE DI INVALIDITÀ E/O CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ ai sensi della L. 104/92 (OBBLIGATORIA NEL CASO IN CUI IL POTENZIALE DESTINATARIO ABBIA MENO DI 65 ANNI);*

☐ *COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ del potenziale beneficiario e del richiedente qualora non fosse la stessa persona*

Il sottoscritto autorizza l'uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza ai sensi della legislazione vigente in materia, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all'istruttoria e alla conseguente eventuale concessione del Titolo di Cura ed assistenza (TCA).

data _____

(firma leggibile)
