



# CITTÀ DI LAMEZIA TERME

SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA

UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE  
DI LAMEZIA TERME

(CORTALE, CURINGA, FALERNA, FEROLETO ANTICO, GIZZERIA, JACURSO, LAMEZIA TERME, MAIDA, NOCERA TERINESE,  
PIANOPOLI, PLATANIA, SAN PIETRO A MAIDA)

Allegato A

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DEL  
SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE A FAVORE DI  
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

**AL COMUNE DI JACURSO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di soggetto  
destinatario del beneficio, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_,  
tel \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Oppure, se impossibilitato

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
in qualità di rappresentante/curatore  
degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, sig./sig.ra  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

visto l'Avviso Pubblico approvato con Determinazione Dirigenziale R.S. 105 del 30/05/22 R.G.  
475 del 30/05/2022

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso Pubblico per l'erogazione servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale a favore di anziani non autosufficienti.

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione rese, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000,



# CITTÀ DI LAMEZIA TERME

## SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA

### UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI LAMEZIA TERME

(CORTALE, CURINGA, FALERNA, FEROLETO ANTICO, GIZZERIA, JACURSO, LAMEZIA TERME, MAIDA, NOCERA TERINESE,  
PIANOPOLI, PLATANIA, SAN PIETRO A MAIDA)

#### DICHIARA

*(Barrare le caselle che interessano)*

di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea in possesso di attestazione di regolarità di soggiorno;
- di essere cittadino di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno;
- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_, appartenente all'Ambito Territoriale di Lamezia Terme;
- di avere un'età superiore ai 65 anni;
- di presentare uno stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza ( attestato attraverso produzione di idonea certificazione medica) ;
- di essere beneficiari di invalidità civile;
  
- di non essere ricoverato in condizioni di continuità presso alcuna struttura socio sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
  
- di aver visionato l'Avviso Pubblico per l'erogazione servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale a favore di anziani non autosufficienti e di accettarne le condizioni.

#### DICHIARA

altresi

- di vivere da solo  
ovvero

ovvero convivere con nucleo familiare composto come indicato nella seguente tabella:

Cognome Nome	Luogo e Data di nascita	Grado di parentela	Attività	Eventuale incapacità di prestare assistenza al congiunto per motivi di salute/personali

- di avere n° \_\_\_\_\_ figli non conviventi e residenti nel Comune di \_\_\_\_\_





# CITTÀ DI LAMEZIA TERME

## SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA

### UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI LAMEZIA TERME

(CORTALE, CURINGA, FALERNA, FEROLETO ANTICO, GIZZERIA, JACURSO, LAMEZIA TERME, MAIDA, NOCERA TERINESE,  
PIANOPOLI, PLATANIA, SAN PIETRO A MAIDA)

Allega alla presente i seguenti documenti:

- Certificazione rilasciata dal medico di MMG, secondo il modello Allegato "Scheda di valutazione medica";
- Copia del Verbale di invalidità civile;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del beneficiario qualora non coincidano, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/200
- Attestato ISEE in corso di validità completo della dichiarazione sostitutiva unica riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare;
- Ogni altra documentazione ritenute utile alla valutazione (a titolo esemplificativo Copia del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, Copia della certificazione ai sensi della Legge 104/1992 , copia dei certificati attestanti la non autosufficienza dei familiari conviventi, ecc.) .

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

- di avere preso visione dell'Avviso pubblico in trattazione e di accettarlo in ogni sua parte;
- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuto a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
- di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria.
- di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.

Lamezia Terme li \_\_\_\_\_

FIRMA

---