



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



ASP N. 9



GIBELLINA



MAZARA DEL VALLO



SALEMI



VITA



ALLEGATO 1

MODELLO DI ISTANZA

PER LA DEFINIZIONE E ATTUAZIONE, A MEZZO VOUCHER SOCIALI, DI PROGETTI A VALERE SUL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)– SUB INVESTIMENTO 1.1.2 – AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E SUB INVESTIMENTO 1.1.3 - RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI DOMICILIARI PER GARANTIRE LA DIMISSIONE ANTICIPATA ASSISTITA E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE PER IL DISTRETTO SS 53 DI MAZARA DEL VALLO E IL DISTRETTO SS 54 DI CASTELVETRANO.

La/Il sottoscritta/o:

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ (____) il _____ Residente a _____

_____ (____) Via/le/P.zza _____ n. _____

Telefono _____ altro Telefono _____

(indicare uno o più numeri specificando a chi corrispondono parente, beneficiario, tutore, ecc)

Codice fiscale _____ E-mail: _____

In qualità di:

- Diretto interessato**
- Familiare**
- Amministratore di sostegno**
- Tutore**
- Curatore**

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. Copia del documento di riconoscimento del richiedente;
2. Copia del documento di riconoscimento dell'anziano (qualora persona diversa dal richiedente);
3. Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
4. Attestazione di non autosufficienza rilasciato dal medico di base.

Firma
