

All'Ufficio di Piano  
dell'Ambito Territoriale Rieti 3

c/o l'Unione dei Comuni Alta Sabina  
Piazza Vittorio Emanuele, 2 02037 Poggio Moiano (RI)

per il tramite del Comune di \_\_\_\_\_

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

<input type="checkbox"/> PER SE MEDESIMO
<input type="checkbox"/> 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. ....  
relativo all'assegnazione del TITOLO DI CURA ED ASSISTENZA DOMICILIARE 2020  
secondo le linee guida per la realizzazione del Servizio pubblico di Assistenza domiciliare  
approvate dal Comitato istituzionale in data 19/06/2019;

### CHIEDE

#### L'ASSEGNAZIONE DEL TITOLO DI CURA ED ASSISTENZA (SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE) PER L'ANNO 2022

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 selezionare, in caso di utile collocazione in graduatoria, la seguente cooperativa sociale, tra i soggetti iscritti al Registro distrettuale di accreditamento:

- MYOSOTIS M.M. COOP A.R.L, Cooperativa sociale, con sede legale in Via Gramsci, 12 – 00067, Morlupo (Roma), [myosotis@legalmail.it](mailto:myosotis@legalmail.it)
- Le Nuove Chimere Coop Sociale, Cooperativa sociale, sede legale in Via Baiamotti 10 – 00195, Roma, [lenuovechimere@pec.it](mailto:lenuovechimere@pec.it)
- Le Mille e Una Notte Coop. Sociale Onlus, Cooperativa sociale, sede legale Via Laterina, 15 – 00138, Roma, [lemilleeunanotte@pec.it](mailto:lemilleeunanotte@pec.it)

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 in corso di validità**
- la eventuale CERTIFICAZIONE DI INVALIDITÀ E/O CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ ai sensi della L. 104/92 ;**
- REFERTO MEDICO, rilasciato dal medico di famiglia**, attestante lo stato generale di salute ed in particolare la non autosufficienza e/o la necessità dell'assistenza del richiedente;
- OGNI ALTRA DOCUMENTAZIONE** che il richiedente ritenga utile per la valutazione del caso
- COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ** del potenziale **beneficiario** e del **richiedente** qualora non fosse la stessa persona

**Ai sensi del D. Lgs. 101/2018, il sottoscritto autorizza l'uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, 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)

\_\_\_\_\_