COMUNE DI DOLIANOVA
PROVINCIA SUD SARDEGNA
PIAZZA BRIGATA SASSARI

PLUS
Quartu - Parteolla

C_D323 - DOLIANOVA - 0 - 1 - 2026-06-03 - 0010420

ALLEGATO A

Modulo di manifestazione di interesse

Al Comune di Dolianova – Soggetto attuatore PNRR (Avviso 1/2022, sub-investimento 1.1.2)

– PEC: comunedidolianova@legalmail.it

e p.c. al PUA del Distretto sociosanitario di _____

Dati anagrafici dell'anziano

Il/la sig./sig.ra _____

nato/a a _____ (____) il _____/_____/_____

residente a _____ (____) CAP _____

in via _____ n. _____

codice fiscale _____ tessera sanitaria n. _____

recapito telefonico _____ email _____

medico di medicina generale: _____

Dati di chi presenta la domanda (se diverso dall'anziano)

Cognome e nome _____

In qualità di [familiare / amministratore di sostegno / tutore / curatore]: _____

Codice fiscale _____ recapito _____

Estremi del provvedimento di nomina _____

Commissione europea
REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
PLUS Area Ovest
UNIONE DEI COMUNI DELLA TREXENTA PLUS TREXENTA
Comune di Villaputzu PLUS Sarrabus-Gerrei
Comune Isili PLUS Sarcidano Barbagia di Seulo
COMETE

COMUNE DI DOLIANOVA
PROVINCIA SUD SARDEGNA
PIAZZA BRIGATA SASSARI

PLUS
Quartu - Parteolla

Manifestazione di interesse

Manifesta il proprio interesse all'accesso a uno dei gruppi-appartamento autogestiti domotizzati realizzati nell'ambito del progetto PNRR M5C2 – sub-investimento 1.1.2 e indica le seguenti preferenze (in ordine di priorità):

1ª preferenza: □ Mandas □ Isili □ Selegas □ Capoterra

2ª preferenza: □ Mandas □ Isili □ Selegas □ Capoterra □ Indifferente

Dichiarazioni sostitutive

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- di possedere i requisiti di accesso di cui all'articolo 7 del presente avviso;
- di trovarsi in condizione di non autosufficienza, come da documentazione allegata;
- di possedere un'attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità, pari a € _____;
- di percepire le seguenti prestazioni assistenziali (indennità di accompagnamento, RaC Plus, L.162/98, Home Care Premium, ADI, altro): _____;
- di accettare integralmente le condizioni del presente avviso e di impegnarsi, in caso di assegnazione, a partecipare alla valutazione multidimensionale dell'equipe di progetto, alla conferenza di servizi e a sottoscrivere il Progetto Personalizzato e il Patto di accoglienza.

Allegati

- Copia documento di identità in corso di validità.
- Copia codice fiscale o tessera sanitaria.
- Attestazione ISEE socio-sanitario.

C_D323 - DOLIANOVA - 0 - 1 - 2026-06-03 - 0010420

Commissione europea
REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
PLUS Area Ovest
UNIONE DEI COMUNI DELLA TREXENTA PLUS TREXENTA
Comune di Villaputzu PLUS Sarrabus-Gerrei
Comune Isili PLUS Sarcidano Barbagia di Seulo
COMETE

COMUNE DI DOLIANOVA
PROVINCIA SUD SARDEGNA
PIAZZA BRIGATA SASSARI

PLUS
Quartu - Parteolla

- Documentazione attestante la non autosufficienza (verbale invalidità civile, indennità di accompagnamento, relazione MMG).
- Eventuale verbale Legge 104/1992.
- Eventuale provvedimento di nomina (amministratore di sostegno, tutore, curatore).
- Allegato B – Relazione su rete familiare e apporti per il Budget di Salute.
- Allegato C – Consenso al trattamento dei dati personali.
- Eventuale documentazione su altre prestazioni in atto (RaC, L.162/98, HCP, ADI).

Luogo e data _____

Firma del candidato (o di chi presenta la domanda)

_____

C_D323 - DOLIANOVA - 0 - 1 - 2026-06-03 - 0010420

Commissione europea
REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
PLUS Area Ovest
UNIONE DEI COMUNI DELLA TREXENTA PLUS TREXENTA
Comune di Villaputzu PLUS Sarrabus-Gerrei
Comune Isili PLUS Sarcidano Barbagia di Seulo
COMETE