**AL COMUNE DI PAOLA**

**Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n.2**

**Largo M.G. Perrimezzi n.6**

**87027 Paola Cs**



**OGGETTO: domanda per la partecipazione al progetto “Biblio Cafè Alzheimer” per persone affette da Alzheimer/demenza e loro caregiver.**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel/Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

⃣ *Diretto* interessato/persona affetta da Alzheimer e/o demenza;

⃣ Familiare/Caregiver di persona affetta da Alzheimer e/o demenza;

del/la sig /ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C. F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel/cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

visto l’Avviso Pubblico rivolto a persone affette da Alzheimer/demenza e loro caregiver per la partecipazione a “Biblio Cafè Alzheimer” servizio di prevenzione, prossimità e sostegno come da D.G.R. n.610 del 28 dicembre 2021.

**CHIEDE**

di partecipare all’Avviso Pubblico del servizio di cui in oggetto

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,

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 Sociale Paola-Cetraro;

**SI IMPEGNA**

in caso di accoglimento della domanda a comunicare per iscritto Comune Capofila dell’ATS n.2 ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

**ALLEGA**

1. 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. 445/2000;

3. Copia Certificazione rilasciata da un medico specialista di riferimento di struttura pubblica attestante la condizione di demenza e/o altri disturbi neurologici in ambito geriatrico o Autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000;

4. Eventuale decreto di nomina di Amministratore di Sostegno o del Tutore qualora l’istanza sia sottoscritta dagli stessi.

**DICHIARA**

□ di avere preso visione dell’Avviso pubblico in trattazione;

□ 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.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_