



**DOMANDA DI PROSECUZIONE
A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GIÀ IN CARICO
ALLE MISURE SOSTEGNO E/O MISURE SERVIZI
ai sensi della DGR XII/6320/2026**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____
residente a _____ prov. (_____) CAP _____
in qualità di:

☐ diretto interessato

oppure

(da compilarsi solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona non autosufficiente)

- ☐ Tutore/Curatore/Procuratore/Amm. di Sostegno (provvedimento nomina _____)
- ☐ Genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:
- ☐ in via esclusiva
- ☐ in modo congiunto
- ☐ Altro _____ (specificare)

del beneficiario:

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____
residente a _____ prov. (_____) CAP _____

CHIEDE

la continuità del progetto individuale in essere

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

1. che NON sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione SI ☐
(se sì, saltare punto 2)
2. che sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione relative a: SI ☐
- ☐ condizioni cliniche e funzionali del beneficiario
- ☐ modifiche dei bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi
- ☐ sostituzione del caregiver familiare
- ☐ del rapporto contrattuale con il personale di assistenza *(allegare nuova documentazione)*
- ☐ dati residenza/domicilio:
- via/p.za _____ N° _____ Comune _____ Prov. (____)
- ☐ contatti per le comunicazioni
- nominativo _____
- indirizzo e-mail _____ tel. _____
- ☐ dati relativi all'IBAN *(compilare pag. 3)*

CONFERMA

- | | |
|---|-----------------------------|
| 3. il mantenimento dei requisiti di accesso; | SI ☐ |
| 4. il "sistema di assistenza/cura" descritto nel progetto individuale
(caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato/...) | SI ☐ |
| 5. il progetto attivo e sottoscritto | SI ☐ |
| 6. i dati relativi alla residenza/domicilio | SI ☐ |
| 7. contatti per le comunicazioni | SI ☐ |
| 8. dati relativi all'IBAN | SI ☐ |

Esprime il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

ALLEGA

- ☐ modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- ☐ documentazione comprovante le variazioni intervenute rispetto alla situazione precedentemente valutata

Dichiarazione del/i genitore/i

- ☐ Il presente modulo è sottoscritto da **entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale**.
- ☐ Il presente modulo è sottoscritto da **un solo genitore**, il quale dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver acquisito il consenso dell'altro genitore esercente la responsabilità genitoriale.

Luogo e data

Firma del dichiarante

COMUNICAZIONE DATI ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE (IBAN)

Da compilare allegare SOLO in caso di variazione rispetto alla precedente valutazione

Gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente (non Libretti Postali) identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

[illegible]

dichiarando che il medesimo conto corrente è:

☐ **intestato alla persona** anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo elevato (ex Misura B2), **senza altri cointestatari**

☐ **cointestato alla persona** anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo elevato (ex Misura B2), comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |

In caso di soggetto minorenne intestato/cointestato ai seguenti genitori:

Madre

Cognome e nome dell'intestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]

Padre

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente
