



**Allegato B**  
**FORMULARIO DI PROGETTO**

Avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti di supporto alla permanenza nel proprio domicilio delle persone anziane non autosufficienti

Il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
in qualità di persona anziana non autosufficiente  
oppure  
il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
in qualità di legale rappresentante della persona anziana non autosufficiente:  
(Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_)

**DICHIARA**

di voler realizzare il seguente progetto personale per la permanenza nel proprio domicilio

**I. obiettivi e durata del progetto:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II. condizione attuale:**

ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:

SI  NO

beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari

SI  NO

Se "SI", specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare), \_\_\_\_\_



III. **Obiettivi di prevista evoluzione del progetto** connessi a salute, relazioni affettive, di cura e relazioni sociali:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

IV. **Necessità della persona:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Assunzione dell'assistente familiare con contratto di lavoro, della durata di almeno 12 mesi, nel rispetto della normativa vigente<sup>5</sup>:

SI     NO

Se SI, per un totale di \_\_\_\_\_ ore settimanali.

**Generalità dell'assistente familiare** (da compilare solo se è risposto sì al precedente punto):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via / P.zza \_\_\_\_\_

<sup>5</sup> Tra l'assistente familiare e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio o di parentela fino al secondo grado (linea diretta e collaterale). Non è obbligatorio che l'assunzione dell'assistente familiare sia avvenuta al momento di presentazione della domanda.





_____ n.° _____ CAP _____ tel. _____
Codice Fiscale _____ Stato civile <sup>1</sup> _____
Cittadinanza <sup>2</sup> _____
<b>V. Costi previsti per l'assistente familiare:</b>
Stipendio € _____
Contributi € _____
Totale busta paga mensile € _____

### INOLTRE DICHIARA

- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- di **individuare in piena autonomia l'assistente familiare;**
- di assumere, in qualità di datore di lavoro tutti gli **obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente familiare** nel rispetto della normativa;
- di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di supporto alla permanenza nel proprio domicilio delle persone anziane non autosufficienti;
- **di aver letto e compreso l'informativa relativa al trattamento dei dati personali** ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 679/2016 ("GDPR") di cui all'art. 11 dell'Avviso pubblico di selezione per la realizzazione di "progetti di supporto alla permanenza nel proprio domicilio delle persone anziane non autosufficienti", resa ai sensi dell'art 13 regolamento UE 679/2016.

### INFINE SI IMPEGNA:

- ad uscire dalla struttura residenziale nella quale è ricoverato nell'ipotesi di cui all'art. 3 comma 2 dell'avviso.
- a rendere la documentazione di rendicontazioni e le comunicazioni previste dall'art. 7 dell'avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**Parte riservata alla compilazione da parte del pubblico ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (decreto del presidente della repubblica 445/2000, art. 4).**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (pubblico ufficiale) riceve la dichiarazione  
del sig./sig.ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

Il pubblico ufficiale (timbro e firma per esteso)  
\_\_\_\_\_

**Allegati:**

- 1) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio - sanitari e sanitari;
- 2) copia del documento di identità della persona anziana non autosufficiente.
- 3) copia del permesso di soggiorno o del cedolino.
- 4) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona anziana non autosufficiente sia legalmente rappresentata a norma di legge).