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 anno 2025

Il/la sottoscritto/a

Nome_____Cognome_____

in qualità di persona anziana non autosufficiente

oppure

il/la sottoscritto/a Nome_____Cognome _____ in qualità di specificare: (Es. legale rappresentante/figlio/coniuge, etc)_____dell'anziano non autosufficiente: (Nome_____ Cognome_____)

DICHIARA

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

- di trovarsi nella seguente condizione:

- ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda: □ SI □ NO
- essere beneficiario di altri 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),

- di trovarsi nelle seguenti condizioni di necessità (es. assistenza continuativa per igiene personale, assistenza per le mansioni quotidiane, etc….)

_____

_____

_____

_____

_____

- attraverso il progetto si intendono perseguire i seguenti obiettivi connessi a salute, relazioni affettive, di cura e relazioni sociali:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Pertanto, **intende assumere o si è già assunta un'assistente familiare** con contratto di lavoro, della durata di almeno 6 mesi, nel rispetto della normativa vigente[1] **per un totale di _____ ore settimanali.**

Costi mensili previsti per l'assistente familiare:

Stipendio € _____

Contributi € _____

Totale mensile € _____

1 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.

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)

_____