



**COMUNE DI DOLIANOVA**  
PROVINCIA SUD SARDEGNA  
PIAZZA BRIGATA SASSARI



**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 \_\_\_\_\_

C.A.P. 09041 TEL. 070/7449345 P.I.01331060929 C.F.80004050920  
<http://www.comune.dolianova.ca.it>



C\_D323 - DOLIANOVA - 0 - 1 - 2026-06-03 - 0010420



**COMUNE DI DOLIANOVA**  
PROVINCIA SUD SARDEGNA  
PIAZZA BRIGATA SASSARI



### 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.A.P. 09041 TEL. 070/7449345 P.I.01331060929 C.F.80004050920  
<http://www.comune.dolianova.ca.it>





**COMUNE DI DOLIANOVA**  
PROVINCIA SUD SARDEGNA  
PIAZZA BRIGATA SASSARI



- 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

C.A.P. 09041 TEL. 070/7449345 P.I.01331060929 C.F.80004050920  
<http://www.comune.dolianova.ca.it>

