PAGUS

Consorzio intercomunale dei Servizi Sociali
Distretto RM 5.2

Allegato 1 -
Modulo di Prima Istanza - Disabilità gravissima

Al PUA: pua.guidonia@pec.aslroma5.it

MODULO DI PRIMA ISTANZA

CHI PRESENTA LA DOMANDA

Il/la sottoscritto/a …….

Nato/a il ……..a …… Prov. …….

Codice Fiscale …….

In qualità di:

- ☐ beneficiario
- ☐ familiare
- ☐ tutore
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro (specificare).....

DATI DEL BENEFICIARIO

Il/la sottoscritto/a……..……

Nato/a il …….. a …….

Residente nel Comune di …….. Prov. …….. Cap……..

Domiciliato nel Comune di …… Prov. …… Cap……...

Pagus Consorzio Intercomunale Dei Servizi Sociali Distretto RM 5.2 0000859 del 11-06-2026 - partenza

In P.zza/Via …… n. …….

Tel. …… Cell ……Mail …….

Codice Fiscale …….

Medico di Medicina generale …….. Cell……

Chiede di accedere ad **uno dei seguenti interventi** ***(è obbligatorio barrare SOLO UN INTERVENTO):***

- ☐ **all'assegno di cura in forma diretta** (Assistenza Domiciliare - ADI o ADH) insieme organico di prestazioni erogate presso il domicilio della persona, finalizzate a favorirne la permanenza nel proprio ambiente di vita, a migliorarne la qualità della vita e a prevenire condizioni di isolamento ed emarginazione sociale;
- ☐ **all'assegno di cura in forma indiretta**, attraverso contributo economico a rimborso, totale o parziale, delle spese sostenute nell'anno 2025 per prestazioni assistenziali domiciliari rese da personale qualificato e con regolare contratto di lavoro. Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati dai familiari ed affini;
- ☐ **al contributo di cura,** inteso come beneficio economico riconosciuto alla persona che intende avvalersi dell'assistenza prestata da un caregiver familiare.

Si rimanda all'osservanza dell'articolo 2 dell'Avviso Pubblico, per una completa conoscenza degli interventi previsti.

A tal fine:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'Art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'Art. 75 del suddetto D.Lgs.;

- Informato, ai sensi dell'Art. 13 D.Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione e per l'implementazione del registro di patologia; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'Art. 84 del citato D.Lgs 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune.

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra ……

Pagus Consorzio Intercomunale Dei Servizi Sociali - Distretto RM6.3 - partenza prot. 0000859 del 11-06-2026

P.zza/Via ……. Comune di ……. Prov…… Cap……..

Tel…… Cell…… Mail ……

AUTORIZZA

Il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data / /

Firma

_____

Pagus Consorzio Intercomunale Servizi Sociali - Ente Accreditato - Via Tiburtina 770 00159 Roma - Tel. 06 4325 - prot. 0000859 del 11-06-2026 - partenza