



**REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

FAC-SIMILE DELLA DOMANDA TELEMATICA

**AVVISO PUBBLICO “SINE LIMES”
PER LA CONCESSIONE DI BUONI SERVIZIO A FAVORE DI PERSONE
CON LIMITAZIONE ALL’AUTONOMIA
POR FSE 2014-2020 – Asse 2 "Inclusione sociale e lotta alla povertà"**

Priorità di investimento 9iv – Obiettivo Specifico RA09.11CRII07- Azione 9.11.1.c

Spett.le
Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'igiene e sanità e
dell'assistenza sociale
Direzione generale delle politiche sociali

Oggetto: Programma Operativo Regionale (POR) cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo (FSE) Sardegna 2014-2020 - Asse 2 – Priorità 9iv) Il miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale - Obiettivo Specifico RA09.11CRII07 - Aumento della capacità di sostegno e presa in carico di individui e gruppi fragili in condizioni aggravate per emergenza Covid-19 - Azione 9.11.1.c “Implementazione di buoni servizio per servizi a persone con limitazione nell'autonomia Emergenza_ COVID_19 - Avviso pubblico a sportello “SINE LIMES” per la concessione di buoni servizio a favore di persone con limitazione all'autonomia - Domanda telematica





REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

SEZIONE A - DA COMPILARE NEL CASO DI DOMANDA PRESENTATA DA SOGGETTO RIENTRANTE NELLE CASISTICHE DI DESTINATARIO DI CUI ALL'ART. 6 DELL'AVVISO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

| | |
|---|--|
| COGNOME | |
| NOME | |
| DATA DI NASCITA | |
| COMUNE DI NASCITA | |
| PROVINCIA DI NASCITA | |
| COMUNE DI RESIDENZA | |
| CAP | |
| PROVINCIA DI RESIDENZA | |
| INDIRIZZO DI RESIDENZA | |
| COMUNE DI DOMICILIO | |
| CAP | |
| PROVINCIA DI DOMICILIO | |
| INDIRIZZO DI DOMICILIO | |
| CODICE FISCALE | |
| CITTADINANZA | |
| TITOLO DI STUDIO | |
| SITUAZIONE OCCUPAZIONALE | |
| TIPO DI DISOCCUPAZIONE | |
| DURATA RICERCA | |
| TIPOLOGIA LAVORO | |
| DENOMINAZIONE IMPRESA PRESSO LA QUALE LAVORA | |
| CODICE FISCALE IMPRESA PRESSO LA QUALE LAVORA | |



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**SEZIONE B - DA COMPILARE IN CASO DI DOMANDA PRESENTATA DA ULTERIORE SOGGETTO
QUALE TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ
GENITORIALE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

| | |
|-----------------------------|--|
| COGNOME | |
| NOME | |
| DATA DI NASCITA | |
| COMUNE DI NASCITA | |
| PROVINCIA DI NASCITA | |
| COMUNE DI RESIDENZA | |
| CAP | |
| PROVINCIA DI RESIDENZA | |
| INDIRIZZO DI RESIDENZA | |
| COMUNE DI DOMICILIO | |
| CAP | |
| PROVINCIA DI DOMICILIO | |
| INDIRIZZO DI DOMICILIO | |
| CODICE FISCALE | |
| CITTADINANZA | |
| IN QUALITÀ DI (specificare) | Tutore/amministratore di sostegno/soggetto esercente la responsabilità genitoriale |

IN NOME E PER CONTO DI:

***(INSERIRE I DATI DEL SOGGETTO RAPPRESENTATO RIENTRANTE NELLE CASISTICHE DI DESTINATARIO
DI CUI ALL'ART. 6 DELL'AVVISO)***

| | |
|------------------------|--|
| COGNOME | |
| NOME | |
| DATA DI NASCITA | |
| COMUNE DI NASCITA | |
| PROVINCIA DI NASCITA | |
| COMUNE DI RESIDENZA | |
| CAP | |
| PROVINCIA DI RESIDENZA | |
| INDIRIZZO DI RESIDENZA | |



**REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

| | |
|---|--|
| COMUNE DI DOMICILIO | |
| CAP | |
| PROVINCIA DI DOMICILIO | |
| INDIRIZZO DI DOMICILIO | |
| CODICE FISCALE | |
| CITTADINANZA | |
| TITOLO DI STUDIO | |
| SITUAZIONE OCCUPAZIONALE | |
| TIPO DI DISOCCUPAZIONE | |
| DURATA RICERCA | |
| TIPOLOGIA LAVORO | |
| DENOMINAZIONE IMPRESA PRESSO LA QUALE LAVORA | |
| CODICE FISCALE IMPRESA PRESSO LA QUALE LAVORA | |

**CHIEDE DI PARTECIPARE ALLA CONCESSIONE DI BUONI SERVIZIO A FAVORE DI PERSONE
CON LIMITAZIONE ALL'AUTONOMIA**

• per la seguente categoria di destinatari:

- soggetti con disabilità ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/92, di cui all'art. 6 punto a) dell'Avviso
- soggetti in carico ai centri di salute mentale o all'Unità Operativa di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (UONPIA), di cui all'art. 6 punto b) dell'Avviso
- persone anziane che hanno almeno 85 anni di età, di cui all'art. 6 punto c) dell'Avviso

in ragione di un importo di ISEE rientrante nella seguente fascia:

- importo ISEE fino a € 15.000,00 - importo massimo erogabile fino ad euro 6.000
- importo ISEE tra € 15.001,00 e € 25.000,00 - importo massimo erogabile fino ad euro 5.700
- importo ISEE tra € 25.001,00 e € 35.000,00 - importo massimo erogabile fino ad euro 5.400





**REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

RECAPITI PER LE COMUNICAZIONI

| | |
|---------------------------------|--|
| Recapito telefonico (cellulare) | |
| E-mail/PEC | |

ALLEGA ALLA DT

| | |
|--|--|
| Allegato 1 del Fac-simile della Domanda telematica - Dichiarazione di cui all'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 | da compilare solo nel caso di destinatari di cui all'art. 6 lett. a) dell'Avviso |
| Allegato 2 del Fac-simile della Domanda telematica - Dichiarazione di cui all'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 | da compilare solo nel caso di destinatari di cui all'art. 6 lett. b) dell'Avviso |
| Allegato 3 del Fac-simile della Domanda telematica - Dichiarazione di cui all'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 | da compilare solo nel caso di destinatari di cui all'art. 6 lett. c) dell'Avviso |
| Allegato 4 del Fac-simile della Domanda telematica - Modulo annullamento marca da bollo | nel caso di marca da bollo cartacea |
| copia del documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto che presenta la Domanda | nel caso in cui la Domanda venga firmata in forma autografa |
| copia del documento di riconoscimento in corso di validità del destinatario | nel caso in cui la Domanda venga presentata da genitore/tutore/amministrazione di sostegno |
| Documento riportante gli estremi della dichiarazione all'utilizzo del bollo virtuale ottenuta dall'Agenzia delle Entrate. | nel caso di marca da bollo assolta con modalità virtuale |

Inoltre,

DICHIARA

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella informativa.
- che la trasmissione della presente Domanda avverrà nel pieno rispetto delle modalità specificate in Avviso.

FIRMA
(firma digitale/autografa)

