



**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





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)

