

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
PROGETTO ANZIANI AL CENTRO 2024

Regione Lazio - Avviso Pubblico INSIEME PER FARE:: realizzazione di servizi per la promozione dell'inclusione, del benessere e per l'invecchiamento attivo delle persone anziane- DD-G03058 del 18/03/2024

DATI ANAGRAFICI DEL CANDIDATO

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____

età _____

residente a

Comune

indirizzo

domiciliato a

Comune

indirizzo

tel. _____

Informazioni significative sul contesto sociale e familiare di riferimento

es. indicare: se frequenta centri anziani o luoghi di aggregazione, attività culturali/ricreative, presenza/assenza di familiari sul luogo di residenza, ecc.

Informazioni sul livello di autosufficienza

1) Autonomia nella vita domestica:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - La persona è autonoma nel vestirsi: | SI ☐ | NO ☐ |
| - La persona è autonoma nelle attività di igiene: | SI ☐ | NO ☐ |
| - La persona è autonoma nella preparazione dei pasti: | SI ☐ | NO ☐ |
| - La persona è autonoma nella gestione dei farmaci: | SI ☐ | NO ☐ |

2) Autonomia negli spostamenti:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - La persona è autonoma negli spostamenti: | SI ☐ | NO ☐ |
|--|-----------------------------|-----------------------------|

Se si descrivere se in possesso di patente di guida, di autoveicolo o se utilizza mezzi pubblici:

Informazioni sui criteri di selezione previsti dall'Avviso

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - La persona vive sola e nel proprio domicilio | SI ☐ | NO ☐ |
| - La persona ha un ISEE inferiore a 20.000 € | SI ☐ | NO ☐ |
| - La persona è destinataria di servizi socio-sanitari | SI ☐ | NO ☐ |

Se si descrivere i servizi socio-sanitari di cui la persona è beneficiaria:

Data e luogo

Firma

Allegare:

- Certificazione ISEE (se in possesso, in alternativa sarà richiesto certificato nel corso delle operazioni di selezione)