|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| NUOVO STEMMA11145 | **Comune di Nuragus****Provincia Sud Sardegna****09060 Piazza IV Novembre snc****P.I. 00697840916****Tel.0782/821000 Fax 0782/818063****Pec :comunicazioni@pec.comune.nuragus.ca.it** |

 |  |

# Allegato A – ISTANZA

Al Comune di NURAGUS

comunicazioni@comune.nuragus.ca.it

# ISTANZA INDENNIZZO

**ai sensi della Delib.G.R. n. 10/38 del 16/03/2023, recante ad oggetto: Istituzione del “Fondo di sostegno per le strutture residenziali per anziani non autosufficienti”. Definizione dei criteri di accesso e delle modalità di attribuzione dell’indennizzo. Legge regionale 12 dicembre 2022, n. 22, art. 11, comma 14.**

Il/La sottoscritto/a , codice fiscale data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, luogo di nascita , provincia \_\_ \_\_\_\_ , in qualità di Rappresentante legale dell’Ente gestore della seguente struttura:

denominazione , codice fiscale/P.IVA , sita in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con la presente

**CHIEDE**

l’erogazione dell’indennizzo di cui alla Delib.G.R. in oggetto.

A tal fine, ai sensidegli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e delle conseguenze previste dall’art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative in merito alla decadenza dei benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità, in relazione ai criteri di accesso di cui all’allegato alla Delib.G.R. in oggetto,

# DICHIARA CHE

la predetta struttura è in possesso dell’autorizzazione al funzionamento secondo la normativa vigente e dei requisiti di cui al Titolo III, Capo I, del D.P.Reg. n. 4/2008 (artt. 27 - 37) e delle Linee guida di cui alla Delib.G.R. n. 53/7 del 29.10.2018, recante ad oggetto: “Requisiti specifici per le singole tipologie di strutture sociali e disposizioni su autorizzazioni, accreditamento. Linee guida. L.R. 23 dicembre 2005, n. 23 e Decreto del Presidente della Regione n. 4/2008. Approvazione definitiva”, e sue eventuali modifiche e integrazioni.

Nel corso del 2022 sono stati ospitati in struttura n° anziani\*[[1]](#footnote-1) non autosufficienti: , di cui

* n.° anziani non autosufficienti per un periodo uguale o superiore a 4 mesi di presenza nelle strutture di cui all’art 13 del D.P.Reg. 4/2008.
* n.° anziani non autosufficienti per un periodo uguale o superiore a 4 mesi di presenza all’art 11 comma 7 del D.P.Reg. 4/2008

|  |  |
| --- | --- |
| **Comune** |  |
| **Denominazione struttura** |  |
| **Soggetto gestore** |  |
| **Capacità ricettiva N° posti letto \*** |  |
| **Tipologia della/e struttura/moduli** | Comunità integrata di cui all’art. 13 del D.P. Reg. n. 4/2008 (specificare il numero di moduli e la capacità ricettiva di ciascuno nelle colonne che seguono) | (estremi autorizzazione al funzionamento, riconosciuta in attuazione delle disposizioni contenute all’art. 27 del D.P. Reg. n. 4/2008) |
| Comunità alloggio di cui all’art. 11, comma 7, delD.P. Reg. n. 4/2008(specificare il numero di moduli e la capacità ricettiva di ciascuno nelle colonne che seguono). | (estremi autorizzazione al funzionamento, riconosciuta in attuazione delle disposizioni contenute all’art. 27 del D.P. Reg. n. 4/2008) |

\*in caso di presenza di più moduli indicare per ciascuno la relativa capacità ricettiva nell’anno 2022.

|  |
| --- |
| ***Schema rilevazione presenze in Comunità Alloggio Anno 2022 –*** ***Capacità ricettiva max 16 posti letto:*** indicare solo gli utenti inseriti nel nucleo specifico di cui all'art.11 comma 7 del DPReg n.4/2008Il presente schema deve essere utilizzato per ciascun nucleo di C.A. presente nella struttura/immobile |
| **Utente****\*** | **Data inserimento** | **N**° **complessivo giorni di presenza nell**’**anno****2022** | **Utente inserito a seguito di parere positivo della UVT distrettuale (SI/NO)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **n. complessivo giorni di presenza al 31/12/2022\*\*** |  |
| ***\* l'utente viene identificato unicamente con un numero progressivo******\*\* si sommano i giorni di presenza complessiva di tutti gli utenti nell’anno 2022*** |

|  |
| --- |
| ***Schema rilevazione presenze in Comunità integrata per anziani Anno 2022 – Capacità ricettiva max 30 posti letto***Il presente schema deve essere utilizzato per ciascun modulo presente nella struttura/immobile |
| **Utente****\*** | **Data inserimento** | **N**° **complessivo giorni di presenza nell**’**anno****2022** | **Utente inserito a seguito di parere positivo della UVT distrettuale (SI/NO)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **n. complessivo giorni di presenza al 31/12/2022\*\*** |  |
| ***\* l'utente viene identificato unicamente con un numero progressivo******\*\* si sommano i giorni di presenza complessiva di tutti gli utenti nell’anno 2022*** |

**Dichiara**inoltre di aver preso visione dell’’informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Luogo e data Firma del Rappresentante legale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 1 Per anziani, come previsto all’art. 11, comma 1, del D.P.Reg. n. 4/2008, si intendono le persone ultrasessantacinquenni; mentre con riferimento al comma 7 dell’art. 11 e al paragrafo B.3. dell’allegato alla Delib.G.R n. 53/7 del 29.10.2018 citato, si ricorda che il numero di anziani non autosufficienti inseriti nel nucleo funzionalmente collegato alla C.A., come disciplinato dalla normativa vigente , non può essere superiore ad 1/3 degli ospiti.. [↑](#footnote-ref-1)