

Allegato 1: Modello domanda

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLE AGEVOLAZIONI
PR FESR FSE+ CALABRIA 2021-2027**

La sottoscritta _____ nata a _____ (____), il _____ CF
_____ residente a _____ (____) in via
_____ n. __, CF _____ recapito telefonico _____ fax _____ e-mail _____
_____, P.E.C. _____ (personale o del delegato)

CHIEDE

di poter accedere al contributo previsto dall'Avviso _____, per un
ammontare pari a Euro _____² (riportare qui l'importo del contributo richiesto).

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,
ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- a) essere cittadina italiana [*o in alternativa i) di essere cittadina di uno Stato membro dell'Unione Europea o ii) di uno Stato extra UE e in possesso di regolare permesso di soggiorno (ai sensi del D. Lgs. 286/98 e ss.mm.ii.) che consenta lo svolgimento di attività lavorativa o comunque l'accesso a prestazioni e misure di sostegno pubblico, ai sensi della normativa vigente*];
- b) essere residenti [*o, in alternativa, domiciliata*] nel territorio della Regione Calabria;
- c) essere
 - ☐ 1 - in condizione di malattia oncologica e/o
 - ☐ 2 - caregiver responsabilità di cura di familiari oncologici fiscalmente a carico del nucleo familiare.

Nel caso di cui al punto 2, fornire le generalità del familiare oncologico:

i. Familiare oncologico : Nome e Cognome _____ nato/a a
_____ (____), il _____ CF _____
residente a _____ (____) in via _____ n. __, CF
_____;

² Riportare qui l'importo del contributo richiesto.

- d) essere in possesso di certificazione I.S.E.E. Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) pari a € _____ (inferiore a € 35.000) o, in alternativa, autocertifica che l'indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) è inferiore a € 35.000 e si impegna a produrre certificazione I.S.E.E. in sede di sottoscrizione dell'atto di adesione e obbligo

DICHIARA altresì

- i. di aver ricevuto l'Informativa sul trattamento dati, il cui contenuto è da intendersi qui integralmente richiamato e trascritto;
- ii. di impegnarsi, nel caso di ammissione a finanziamento, al rispetto delle disposizioni dell'Avviso e, in particolare, di rispettare gli obblighi di cui al par. 5.1 del medesimo;
- iii. di impegnarsi, in caso di ammissione, a sottoscrivere o a non sottoscrivere, o di riservarsi la possibilità di sottoscrivere in fase successiva il Patto di Solidarietà. Nel caso di mancata sottoscrizione si impegna, conseguentemente, a restituire il 15% della sovvenzione riconosciuta alle condizioni che verranno indicate da ENM.

INDICA

Per la gestione della domanda e/o della rendicontazione delle spese la sottoscritta intende/non intende avvalersi del supporto del sig./sig.ra

_____ Nato/a a _____ (_____), il _CF
_____ residente a _____ (_____) in via
_____ n. _ CF _____ recapito telefonico _____ fax _____ e-mail _____
_____, P.E.C. _____

Si allega:

- i) documento d'identità in corso di validità in formato PDF della richiedente;
- ii) **(ove ricorre)** documento d'identità in corso di validità in formato PDF del/i paziente/i oncologico nel caso di donna con carichi di cura di familiari oncologici fiscalmente a carico del nucleo familiare;
- iii) **(ove ricorre)** in caso di tutore, il file unico in formato PDF comprensivo della copia del Decreto di Nomina del Tribunale e del documento d'identità in corso di validità del tutore;
- iv) **(ove ricorre)** in caso di delegato, il file unico in formato PDF comprensivo della copia della delega autenticata da pubblico ufficiale e del documento d'identità in corso di validità del delegato;
- v) certificato, non antecedente a 12 mesi dalla data di pubblicazione dell'avviso, rilasciato, nel rispetto della tutela dei dati sensibili, dalla struttura sanitaria, che attesti la condizione di malattia oncologica della destinataria diretta della sovvenzione o dei familiari a carico della caregiver richiedente.
- vi) Attestazione (ISEE) - Indicatore della Situazione Economica Equivalente in corso di validità per l'anno di presentazione della domanda.

Luogo e data

Firma