



Consorzio per i Servizi Sociali del Distretto di Pavia
CONSORZIO SOCIALE PAVESE
Sede operativa Corso Garibaldi 69- 27100 Pavia (PV)
Tel. 0382/399553 - mail: info@consorziosocialepavese.it

DOMANDA DI CONTINUITA'
A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E/O CON GRAVE DISABILITÀ
GIÀ IN CARICO ALLE MISURE DI SOSTEGNO E/O ALLE MISURE DI SERVIZI

ai sensi della D.G.R. XII/6320/2026
Avviso pubblico per l'ottenimento della continuità dell'erogazione dei servizi e delle misure di sostegno

DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Codice fiscale

Residente a

Prov.

CAP

in qualità di:

☐ diretto interessato

☐ tutore/curatore/procuratore/amministratore di sostegno

(provvedimento di nomina _____)

☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale: ☐ in via esclusiva ☐ in modo congiunto

☐ altro (specificare) _____

del beneficiario:

Cognome

Nome

Codice fiscale

Residente a

Prov.

CAP



Consorzio per i Servizi Sociali del Distretto di Pavia
CONSORZIO SOCIALE PAVESE
Sede operativa Corso Garibaldi 69- 27100 Pavia (PV)
Tel. 0382/399553 - mail: info@consorziosocialepavese.it

contatti per le comunicazioni:

nominativo _____

e-mail _____

tel. _____

CHIEDE

la continuità del progetto individuale e degli interventi in essere, nell'ambito delle misure di sostegno e/o delle misure di servizi previste dall'Avviso del Consorzio Sociale Pavese, così come in essere alla data del 30/06/2026 ed in continuità con il precedente avviso;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

☐ che NON sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione/progetto individuale

OPPURE

☐ che sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione/progetto individuale relative a:

☐ condizioni cliniche e funzionali del beneficiario;

☐ modifiche dei bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi;

☐ sostituzione/modifica del caregiver familiare;

☐ modifica del rapporto contrattuale con il personale di assistenza regolarmente impiegato (allegare la documentazione aggiornata);

☐ dati relativi a residenza/domicilio: Via/Piazza _____ n. ____

Comune _____ Prov. (____);

☐ dati relativi all'IBAN (compilare la pagina dedicata).

☐ di frequentare servizi semiresidenziali (es. CSE, SFA, CDD, CDI o analoghi):

☐ NO ☐ SI, quale _____ ore settimanali _____

con contributo a carico dell'ente pubblico: ☐ SI ☐ NO

☐ di mantenere i requisiti per la prosecuzione e di non trovarsi in una delle cause di incompatibilità previste dall'art. 4 dell'Avviso pubblico del Consorzio Sociale Pavese.



Consorzio per i Servizi Sociali del Distretto di Pavia
CONSORZIO SOCIALE PAVESE
Sede operativa Corso Garibaldi 69- 27100 Pavia (PV)
Tel. 0382/399553 - mail: info@consorziosocialepavese.it

CONFERMA

- ☐ il mantenimento dei requisiti di accesso;
- ☐ il sistema di assistenza/cura descritto nel Progetto Individuale (caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato/altro);
- ☐ il progetto/intervento attivo;
- ☐ i dati relativi alla residenza/domicilio;
- ☐ i contatti per le comunicazioni;
- ☐ i dati relativi all'IBAN;

Dichiara inoltre di essere informato/a che l'erogazione degli interventi è subordinata al mantenimento dei requisiti e delle condizioni previste dall'Avviso e alla disponibilità delle risorse, nonché all'aggiornamento e alla sottoscrizione del Progetto Individuale, ove previsto.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali forniti con la presente istanza e con la documentazione allegata sono necessari per l'istruttoria, la valutazione e l'erogazione degli interventi previsti dal FNA 2025 – esercizio 2027, ai sensi della D.G.R. XII/6320/2026, nonché per gli adempimenti istituzionali e di legge connessi alla gestione e rendicontazione della misura.

I dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e potranno essere comunicati, nei limiti e con le modalità previste dalla normativa, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, alla Guardia di Finanza, ad ATS Pavia e a Regione Lombardia, nonché agli altri soggetti pubblici o privati coinvolti nell'attuazione degli interventi, ove necessario.

Il titolare del trattamento è il Consorzio per i Servizi Sociali del Distretto di Pavia – Consorzio Sociale Pavese.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- ☐ modello/attestazione ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda, ove previsto dall'Avviso;
- ☐ documento di identità del richiedente;
- ☐ documento di identità del beneficiario, se diverso dal richiedente;
- ☐ documentazione comprovante le variazioni intervenute rispetto alla situazione precedentemente valutata, se presenti;
- ☐ eventuale ulteriore documentazione richiesta ai fini dell'aggiornamento del Progetto Individuale;
- ☐ per i minori, eventuale documentazione/relazione specialistica aggiornata ove prevista dalla disciplina applicabile.



Consorzio per i Servizi Sociali del Distretto di Pavia
CONSORZIO SOCIALE PAVESE
Sede operativa Corso Garibaldi 69- 27100 Pavia (PV)
Tel. 0382/399553 - mail: info@consorziosocialepavese.it

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

Firma dell'altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale, ove prevista

Nota: in caso di domanda in favore di minore, la sottoscrizione è resa dai genitori esercenti la responsabilità genitoriale, salvo i casi di genitore unico o diverse disposizioni dell'Autorità Giudiziaria.



Gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente (non Libretti Postali) sono i seguenti:

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri):

[illegible]

Dichiara che il medesimo conto corrente è:

- ☐ intestato al beneficiario;
- ☐ cointestato al beneficiario, comunicando di seguito i dati del/i cointestatario/i;

Cognome e nome del cointestatario, se presente: _____

[illegible]

Cognome e nome di altro cointestatario, se presente: _____

[illegible]

In caso di beneficiario minorenne, il conto corrente potrà essere intestato/cointestato ai genitori:

Cognome e nome dell'intestatario/cointestatario: _____

[illegible]

Cognome e nome dell'intestatario/cointestatario: _____

[illegible]

Luogo e data _____

Firma _____