



AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI
Ente strumentale dei Comuni del Distretto di Menaggio
Sede legale e Operativa: Via a Porlezza, 10 – 22018 PORLEZZA (CO)
Tel. 0344/30274 - Fax. 0344/70299
Mail: segreteria@aziendasocialeclv.it; PEC: asclv@pec.aziendasocialeclv.it
P.I. 02945720130

DOMANDA DI PROSECUZIONE INTERVENTO FNA 2026

Procedura semplificata per la prosecuzione degli interventi finanziati dal Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) – Annualità 2026
D.G.R. Regione Lombardia n. 6320/2026

Continuità degli interventi per beneficiari già in carico

(dal 1° luglio 2026 al 31 dicembre 2027)

Il/La sottoscritto/a (cognome/nome) _____
nato/a a _____ prov _____ il _____
residente a _____ cap _____
via _____ n _____
tel. _____ codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di:

- diretto interessato
- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno

del/della Sig./Sig.ra (cognome/nome) _____
nato/a a _____ prov _____ il _____
residente a _____ cap _____
via _____ n _____
tel. _____ codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DICHIARA

ai fini della prosecuzione dell'intervento finanziato dal Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA):

- di essere già beneficiario di progettualità FNA attiva;
- di essere stato preso in carico nell'ambito della programmazione FNA precedente;
- di confermare il mantenimento dei requisiti di accesso alla misura;
- di confermare il mantenimento del sistema assistenziale attualmente attivo:
 - caregiver familiare

- assistente personale regolarmente impiegato
- altra modalità assistenziale:

di confermare il progetto individualizzato già attivo e sottoscritto.

EVENTUALI VARIAZIONI INTERVENUTE

Rispetto alla precedente progettualità segnala eventuali modifiche:

Condizioni personali:

Condizioni familiari/sociali:

Condizioni assistenziali:

Condizioni sanitarie:

ALLEGA

- ISEE aggiornato e in corso di validità
- documento di identità
- altra documentazione

Il/La sottoscritto/a dichiara che le informazioni fornite sono veritiere e autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente per le finalità connesse alla gestione della misura FNA.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Firma del beneficiario (se diverso) _____