

COMUNE DI \_\_\_\_\_

Per la trasmissione al Comune Capofila Ambito Territoriale Sociale – Corigliano-Rossano

**AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DEI BENEFICIARI DEL PROGETTO RELATIVO ALLE  
AZIONI DI CUI ALL'INVESTIMENTO PUBBLICO – “PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE  
ANNUALITA' 2019”.**

**CUP: G39G24000270005**

**Modello di domanda Allegato A**

Il/La sig./a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Documento d'Identità \_\_\_\_\_

**MANIFESTA**

interesse ad accedere agli incentivi previsti per la realizzazione del progetto di vita indipendente e inclusione nella società di persone adulte con disabilità- annualità 2019

*(barrare la/e casella/e d'interesse)*

per sé stesso

in qualità di legale rappresentante (specificare:  tutore;  curatore;  amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento d'Identità \_\_\_\_\_

in luogo (specificare:  coniuge;  figlio/a;  altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento d'Identità \_\_\_\_\_

**A tal fine,**

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.;

consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa;

### DICHIARA

di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

### DICHIARA

**con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente**

- di essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art.3 allegare alla presente la certificazione;
- di essere interessato all'attivazione di un percorso di promozione di "Vita Indipendente" in CO-HOUSING con altri beneficiari. DICHIARA
  
- Di NON usufruire dei seguenti interventi:
  - ✓ MISURE B1 E B2 per le spese relative alla sola Macro Area ASSISTENTE PERSONALE regolarmente impiegato;
  - ✓ Progetti di Accompagnamento all'autonomia (DOPO DI NOI);
  - ✓ Voucher residenzialità con Ente gestore (DOPO DI NOI);
  - ✓ Altri contributi pubblici utilizzati per la medesima finalità, a valere su altri fondi comunitari, nazionali, regionali e comunali

DI AVERE UN ISEE pari a € \_\_\_\_\_

### CONDIZIONE SANITARIA

Invalidità civile

SI

percentuale % \_\_\_\_\_

NO

Indennità di accompagnamento

SI

NO

Riconoscimento della condizione di disabilità, ai sensi dell'art. 3, della legge 104/1992, con decorrenza dal

(data) \_\_\_\_\_ Diagnosi \_\_\_\_\_

Cognome e nome del medico curante \_\_\_\_\_

### **CONDIZIONE ABITATIVA**

L'abitazione principale è

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto
- Altro \_\_\_\_\_

Presenta servizi igienici adeguati

- SI
- NO

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali

- Sì  Esterne  Interne
- No

Note \_\_\_\_\_

Dislocazione sul territorio rispetto ai servizi pubblici (negozi - trasporti - ecc)

- servita
- poco servita
- isolata

Note \_\_\_\_\_

### **SITUAZIONE SOCIO FAMILIARE**

- Presenza di familiari conviventi
- Assenza di familiari conviventi
- Assenza di altri familiari residenti nel Comune di residenza
- Presenza di altri familiari nel Comune di residenza



Nella descrizione della composizione del nucleo familiare si fa riferimento al nucleo anagrafico di residenza:

Rapporto parentela	Nominativo	Data nascita	Luogo nascita	Condizione lavorativa *	Problematiche e rilevanti**

\*Nella colonna "Condizione lavorativa" va indicata la condizione di:

1- Disoccupato; 2 - Casalinga; 3 - Lavoratore autonomo; 4 - Lavoratore dipendente; 5 - inabile al lavoro; 6 - pensionato; 7 - studente; 8 - altro

\*\*Indicare nella colonna "Problematiche rilevanti" con:

A la presenza persone anziane di età superiore ai 65 anni;

B la presenza di familiari con disabilità certificata;

C la presenza di minori.

Il sottoscritto inoltre dichiara:

- di svolgere la seguente attività lavorativa di

lavoro autonomo

lavoro dipendente presso \_\_\_\_\_

Tempo determinato

fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tempo indeterminato

- di svolgere / o avere in previsione di svolgere attività di stage presso

- di essere iscritto presso la Scuola del Comune di \_\_\_\_\_ e di frequentare il

\_\_\_\_\_ anno di formazione;

- di essere iscritto presso l'Università di \_\_\_\_\_ Facoltà / Corso \_\_\_\_\_ e di frequentare il \_\_\_\_\_ anno di corso;

- di frequentare il corso di formazione professionale di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

- Altro \_\_\_\_\_



**A tal fine, si allega:**

- ✓ Copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- ✓ Copia della Tessera Sanitaria del richiedente in corso di validità (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- ✓ Copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno) in corso di validità del beneficiario, qualora si tratti di persona extracomunitaria;
- ✓ Copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'ufficio di Tutore/Amministratore di Sostegno;
- ✓ Copia della certificazione di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92) priva di
- ✓ Omissis, dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia della certificazione di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92) priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia della certificazione di riconoscimento di invalidità al 100% priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia della certificazione del riconoscimento invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia attestazione ISEE del nucleo familiare del beneficiario in corso di validità (familiare/socio-sanitario/ristretto);

(facoltativa)

ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione sanitaria e/o sociale (specificare:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_)

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sig./a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza \_\_\_\_\_  
 n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
*(barrare la/e casella/e d'interesse)*

-  per se stesso

-  in qualità di legale rappresentante (specificare:  tutore;  curatore;  amministratore di sostegno) della  
 persona adulta con disabilità (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza \_\_\_\_\_  
 n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

-  in qualità di dichiarante (specificare:  coniuge;  figlio/a;  altro parente in linea retta o collaterale fino  
 al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo  
 stato di salute (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza \_\_\_\_\_  
 n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e che il titolare del trattamento dei dati è l'ATS di Corigliano- Rossano;

**ESPRIME**

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;



Comune di  
Calopezzati



Comune di  
Caloveto



Comune di  
Cropalati



Comune di  
Crosia



Comune di  
Longobucco



Comune di  
Paludi



Comune di  
Corigliano - Rossano



Comune di  
San Cosmo



Comune di  
San Demetrio



Comune di  
San Giorgio



Comune di  
Vaccarizzo



Distr. Sanitario  
Jonio Sud/Nord

### AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_