Allegato A

Al Comune di

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

**MODULO DI DOMANDA - PROGETTI "VITA** INDIPENDENTE PERSONE CON DISABILITA GRAVE"

|  |
| --- |
| *Da compilare se la domanda è presentata dal Beneficiario:*  Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Da compilare se la domanda NON è presentata dal Beneficiario:  Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  in qualità di:   * familiare * tutore (Decreto Tribunale di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * altro (specificare):   convivente □ si / □ no,  in favore di:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell’art.76 del D.P.R.n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi degli articoli 47 e 75 del citato D.P.R.,

CHIEDE

l'ammissione al Bando "Progetti Vita Indipendente Persone con Disabilità",

DICHIARA

* di aver preso visione dell’Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti:
* che l’interessato ha il riconoscimento di invalidità civile;
* che l’interessato non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio­sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
* che la condizione economica del richiedente/beneficiario come derivante da attestazione I.S.E.E. sociosanitario per prestazioni non residenziali, in corso di validità, è la seguente
* di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all’ufficio sociale del Comune di Residenza

- in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni;

* di impegnarsi, nel caso di ammissione al beneficio, a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, sollevando il Comune da ogni onere e responsabilità relativamente all’osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione ed omissione;
* di rendersi disponibile a fornire ogni ulteriore informazione all’Equipe multidisciplinare del servizio territoriale al fine della definizione di un progetto di intervento personalizzato;
* che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ALLEGA

1. verbale di riconoscimento dell’invalidità civile e attestazione della condizione di handicap grave ai sensi dell’art.3, comma 3 della legge n. 104/1992;
2. copia DSU e attestazione ISEE del nucleo ristretto in corso di validità;
3. copia Documento di identità del richiedente (se diverso dal beneficiario del contributo) ;
4. copia Documento di identità del beneficiario del contributo.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO: Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt.81 e 82 del D.Lgs.n. 96/2003 e s.m.i., il sottoscritto autorizza il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all’Avviso pubblico “Progetti Vita Indipendente Persone con Disabilità”

Firma del richiedente