

*Modello di istanza per la realizzazione di Progetti individualizzati nell'ambito del
PNRR- Investimento 1.2: Percorsi di autonomia per persone con disabilità.
CUP progetto: F34H22000340001.*

All'Ente di Ambito Sociale n. 21 "Vibrata"
Via T. Tasso snc
64027 S. Omero (TE)

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ residente a _____ Prov. _____
via/piazza _____ n° _____ tel. _____
_____ fax _____ email _____
_____ Codice fiscale _____
_____ Medico di Medicina Generale:
_____ tel. _____
chiede
di essere ammesso/a alla progettazione individualizzata a valere sul PNRR- M5C2- Linea di
investimento 1.2

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____ Prov. _____
via/piazza _____ n° _____ tel. _____ fax _____
_____ email _____ Codice
fiscale _____
in qualità di:
 familiare;
 tutore;
 amministratore di sostegno;
 altro (specificare)

Chiede

l'ammissione alla progettazione individualizzata a valere sul PNRR- M5C2- Linea di investimento 1.2

in favore di: Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a
_____ residente a _____ Prov. _____ via/piazza
_____ n° _____ tel. _____ fax
_____ email _____ Codice fiscale
_____ Medico di Medicina Generale:
tel. _____

A tal fine,

Dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 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:

- di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei requisiti minimi di accesso e, in particolare:
 - o di essere cittadino/a italiano/a, oppure di uno Stato appartenente all'Unione Europea, oppure di uno Stato non appartenente all'Unione Europea munito di permesso di soggiorno CE ai sensi del D.lgs. n. 286/98 e ss.mm.ii;
 - o di essere residente in uno dei Comuni appartenenti all'ADS 21 "Val Vibrata";
 - o di avere età compresa tra i 18 e i 50 anni;
 - o di essere in possesso di una diagnosi di disabilità non determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
 - o di essere in grado di esprimere: la propria capacità di autodeterminazione verso l'emancipazione dal nucleo familiare di origine, anche se in maniera supportata; la volontà di realizzare un personale progetto di vita indipendente finalizzato a specifici percorsi di studio, di formazione, di inserimento socio lavorativo; il personale orientamento al percorso dell'abitare in autonomia;
- di aver preso visione dell'Avviso e di accettarne integralmente le condizioni;
- di essere consapevole che la domanda non dà certezza di erogazione della misura, ma permette di accedere alla fase di verifica dei requisiti di accesso alla misura, preliminare e necessaria per l'ammissibilità agli interventi;
- di essere consapevole che si procederà all'individuazione degli eventuali beneficiari sulla base di una valutazione tecnico discrezionale, sullo stato complessivo della persona in relazione alle maggiori possibilità di successo dell'opportunità offerta (v. nota prot. 496 del 11/11/2022 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali);
- di essere consapevole che l'adesione al progetto implica anche l'esperienza di co-abitazione con altre persone con disabilità;
- di aver avuto esperienze associative e/o di autonomia pregresse (si descrivano brevemente):

Allega alla presente domanda:

- copia documento identità in corso di validità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
- copia della certificazione e/o della documentazione attestante la disabilità ovvero la diagnosi di disabilità (es. L.104/92, invalidità civile, L.68/99 art. 1, altro);
- attestazione ISEE - nucleo familiare ristretto della persona con disabilità;
- per i cittadini di Stati non aderenti alla UE: copia della Carta o del Permesso di Soggiorno del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
- ogni altra documentazione utile ad approfondire il quadro socio-sanitario, la rete dei servizi già attivi le risorse formali e informali, pubbliche o private, presenti e/o attivabili per realizzare e sostenere nel tempo il progetto di vita autonoma

Resta a disposizione per ogni ulteriore chiarimento o produzione documentale che dovessero risultare necessari.

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____
Via / piazza _____
Comune _____ CAP _____
Tel _____ Fax _____ email _____

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria del Ente di Ambito sociale.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui all'Avviso Pubblico.

Data __ / __ / _____

Firma _____

