



Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In possesso di:

Certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992

### CHIEDE

Di essere ammesso alla sperimentazione dei Progetti di Vita Indipendente

PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO PER LA VITA INDIPENDENTE INDIVIDUA LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI INTERVENTO:

- Favorire l'acquisizione e il potenziamento di autonomie.
- Favorire azioni di supporto finalizzate al diritto allo studio, alla realizzazione di tirocini lavorativi, all'inserimento lavorativo.
- Favorire l'accessibilità e la mobilità.
- Favorire la permanenza nella propria abitazione e l'inclusione sociale.
- Favorire lo sviluppo di progetti di "abitare in autonomia".

NECESSITA DI ASSISTENTE PERSONALE PER LE SEGUENTI ATTIVITÀ:

- Alzarsi dal letto
- Coricarsi
- Lavarsi le mani e il viso
- Lavarsi i capelli e pettinarsi
- Uso dei servizi igienici
- Igiene intima
- Fare il bagno o la doccia
- Vestirsi e spogliarsi
- Assistenza notturna
- Pulire e riordinare la casa
- Fare la spesa o acquisti
- Preparare i pasti
- Mangiare e bere
- Lavare biancheria e stoviglie
- Utilizzare strumenti informatici
- Gestione degli ausili
- Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (banca, posta, etc.)
- Assistenza personale in ambiti di studio
- Assistenza personale in ambito universitario
- Accompagnamento al lavoro
- Aiuto sul posto di lavoro
- Spostarsi in carrozzina
- Aiuto nel camminare
- Accompagnamento fuori casa
- Accompagnamento a visite mediche, esami clinici, a terapie farmacologiche e fisioterapiche
- Accompagnamento in vacanza
- Guida dei mezzi a disposizione
- Utilizzo di mezzi pubblici
- Scrivere
- Leggere
- Comunicare

- Viaggi
- Attività sportive, culturali e del tempo libero
- Altro \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000.

**Condizione Sanitaria**

Riconoscimento della condizione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, con decorrenza dal \_\_\_\_\_

Invalidità civile      SI  |\_\_|\_\_|\_\_| %                      NO

Indennità di accompagnamento      SI                       NO

Diagnosi Principale \_\_\_\_\_

Altre patologie presenti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Condizione abitativa**

L'abitazione principale è:

- Di proprietà
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto
- Altro \_\_\_\_\_

Presenta servizi igienici adeguati       Sì       No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali       Sì      Esterne  Interne   
 No

Note \_\_\_\_\_

**Mobilità**

Possiede mezzi propri di trasporto       Sì       No

- Guida personalmente     Sì     No  
 Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**Situazione Socio Familiare**

- Presenza di familiari conviventi  
 Assenza di familiari conviventi

Descrizione della composizione del nucleo familiare di riferimento:

Rapporto di parentela	Nome e Cognome	Data e Luogo di Nascita	Attività	Problematiche rilevanti

4

Indicare nella colonna “Problematiche Rilevanti” con:

- A. Persone con disabilità che vivono sole o con familiari di età superiore ai 75 anni o in gravi e documentate condizioni di salute.
- B. Compresenza di più persone con disabilità nello stesso nucleo o presenza simultanea di un anziano non autosufficiente convivente.
- C. Famiglie con persona con disabilità a carico dove è presente un solo genitore o familiare convivente.
- D. La presenza di un altro figlio di età inferiore a tre anni
- E. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**Fruizione di servizi ed interventi sociali e/o sanitari**

- Assistenza domiciliare                    ore settimanali \_\_\_\_\_  
 Centro socio educativo diurno            ore settimanali \_\_\_\_\_  
 Centro sanitario diurno                    ore settimanali \_\_\_\_\_  
 ADI    ore settimanali \_\_\_\_\_  
 Altro (specificare \_\_\_\_\_)



**Allega:**

1. Copia del verbale di handicap in situazione di gravità (L.104/92 art. 3, comma 3)
2. Modello ISEE 2018
3. Fotocopia di un documento di identità del richiedente
4. Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IN FEDE  
(Firma del richiedente)

\_\_\_\_\_

### Informativa sulla riservatezza dei dati

**La normativa in vigore in materia di protezione dei dati personali stabilisce che il trattamento dei dati personali si debba svolgere nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone, con particolare riferimento al diritto alla riservatezza.**

La persona deve essere informata in merito alle finalità ed alle modalità di raccolta, conservazione e trattamento dei dati personali e pertanto si informa/no il/i sottoscrittore/i del presente documento che:

- a) i dati raccolti con esso sono **destinati esclusivamente all'approntamento della pratica di erogazione dei servizi richiesti** e verranno trattati, mediante inserimento in un archivio elettronico allo scopo di gestire il rapporto l'erogazione dei servizi richiesti;
- b) **il conferimento di tali dati è obbligatorio;**
- c) in loro difetto non sarà possibile procedere all'approntamento della pratica di inserimento;
- d) i dati potranno essere comunicati, per quanto di competenza, ai soli soggetti previsti dalla normativa in relazione alle finalità per le quali sono raccolti (Regione, Comune o Enti pagatori) ed al di fuori di tale ambito non verranno forniti ad alcuno;
- e) le persone cui le informazioni si riferiscono **hanno il diritto di conoscere quali loro dati personali siano stati raccolti e gestiti e di richiedere l'eventuale cancellazione o rettifica** di tali informazioni, ovvero di opporsi al loro trattamento (in questo caso con le conseguenze di cui al precedente punto c).

### Autorizzazione al trattamento dei dati personali

**Dichiara di aver preso atto delle norme sulla privacy e le modalità e finalità di trattamento dei dati personali e consapevolmente sottoscrive il proprio consenso alla loro raccolta e al loro trattamento per le finalità esplicitate.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_