

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 socio-sanitaria 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

- a) 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;
- b) copia DSU e attestazione ISEE del nucleo ristretto in corso di validità;
- c) copia Documento di identità del richiedente (se diverso dal beneficiario del contributo) ;
- d) 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