



ALLEGATO 1

MODULO DI DOMANDA “Vita Indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità”

Oggetto: Dichiarazione di disponibilità a partecipare a Progetto di Vita Indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità.

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
Nato/a a _____ (_____) il _____
e residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
Recapito telefonico _____
E-mail _____ pec _____

CONSAPEVOLE CHE

- Le persone ammesse al percorso di inclusione saranno individuate di concerto con i servizi socio sanitari, sulla base di un accurata e documentata analisi di un evidente fabbisogno di protezione e inclusione sociale nello specifico contesto di riferimento, nonché di una effettiva possibilità di affrontare i percorsi proposti;
- I destinatari individuati beneficeranno di un percorso di accesso e presa in carico;
- si darà luogo ad una Lista d’Attesa utile alla sostituzione di eventuali rinunciatari al progetto;
- In caso di parità di merito, si procederà alla valutazione dell’attestazione ISEE del nucleo familiare ristretto in corso di validità, e avrà la precedenza il beneficiario il cui ISEE è inferiore.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell’articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i.:

☐ Per sé

☐ Per il proprio amministrato o familiare (Nome e Cognome) _____

Nato/a a _____ (_____) il _____ C.F. _____
e residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
Recapito telefonico _____
E-mail _____ pec _____

- ☐ Di essere maggiorenne e non aver superato i 64 anni di età;
- ☐ Di essere residente in uno dei 9 Comuni appartenenti all'Ambito PLUS di Tempio Pausania;
- ☐ In particolare di essere residente nel Comune di _____
- ☐ Di essere interessato a partecipare al progetto di cui all'oggetto;
- ☐ Di essere in carico al seguente servizio socio-sanitario (specificare indirizzo del servizio e medico di riferimento) _____

- ☐ Di essere in possesso di uno dei seguenti riconoscimenti:
 - ☐ Documentazione attestante disabilità mentale/intellettuale e/o psichica in carico al Centro di Salute Mentale dell'ASL di competenza;
 - ☐ Disabilità grave di cui alla legge 104/1992, art. 3;

CHIEDE

di accedere al Programma: **“Vita Indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità”**.

Allega a tal fine:

- ☐ Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità, qualora l'istanza non sia firmata digitalmente;
- ☐ Fotocopia della Tessera Sanitaria;
- ☐ Fotocopia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n.104;
- ☐ certificazione attestante la disabilità mentale/intellettuale e/o psichica a cura del Centro di Salute Mentale dell'ASL di competenza;

☐ ISEE del nucleo familiare ristretto in corso di validità.

Luogo e data

Firma

■ **Dichiara inoltre** di essere informato/a che i dati forniti sono indispensabili per l'istruttoria della pratica e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, che include il trattamento informatico dei dati forniti, la trasmissione a terzi.

■ **Dichiara** a tal fine di aver preso visione dell'informativa ai sensi del *GDPR n. 679/2016UE* 2016/679, all. 2 del presente avviso e pertanto presta il consenso e autorizza il trattamento.

Luogo e data

Firma
