



Avviso Pubblico

per l'adesione a
Progetti di vita individuali, personalizzati e partecipati, in
favore di persone con disabilità



Modulo di Domanda

Al Comune di _____

Nome: _____

Cognome: _____

Indirizzo: Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____

Tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

In qualità di

- ☐ Persona legalmente responsabile di sé
- ☐ Amministratore di sostegno (numero procedimento di nomina _____)
- ☐ Familiare (specificare _____)
- ☐ Altre figure (specificare _____)
- ☐ Operatore sociale

ANAGRAFICA

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita |__|__|__|

Nato/a a _____ Prov. _____

[illegible]

Residenza: Città _____ Via _____ C.A.P. _____

Domicilio (solo se diverso da residenza):

Città _____ Via _____

C.A.P. _____

Telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email _____

Nazionalità: _____

Stato civile: _____.

Invalidità ____%

Indennità di accompagnamento: _____

Medico di base: MMG _____

CHIEDE:

- ☐ La presa in carico per l'adesione ai Progetti di vita individuali, personalizzati e partecipati, in favore di persone con disabilità

DICHIARA:

(ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000 consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del c.p.)

- ✓ Di essere maggiorenne e non avere un'età superiore a 65 anni;
- ✓ Di avere residenza anagrafica in uno dei Comuni del PLUS dell'Ambito di Siniscola;

1. Il beneficiario del progetto è persona con disabilità certificata ai sensi della Legge 104/1992 ss. mm. e ii., la cui disabilità non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, con la seguente diagnosi: _____

2. Dichiarare inoltre che (barrare la casella d'interesse):

- ☐ Il beneficiario ha un progetto attivo al 30 giugno 2026 relativo al PNNR 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità
- ☐ il beneficiario è in carico ai servizi sociali o al servizio sanitario specialistico (con attestazione del servizio che ha in carico il richiedente);
- ☐ il beneficiario è inserito in struttura ed intende avviare un percorso di reinserimento ed inclusione sociale;
- ☐ il beneficiario è privo di familiari conviventi o convive con genitori anziani e/o affetti da disabilità grave ai sensi della legge n.104/92 anche riconosciuta ad uno solo dei componenti;
- ☐ il beneficiario è invalido ai sensi della L. n. 102/2009 con la % del _____;
- ☐ il beneficiario è iscritto alle liste speciali di collocabilità;
- ☐ l'ISEE ordinario in corso di validità è pari ad € _____.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:
--

Il candidato individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del Distretto Plus di Siniscola e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

☐ SI

☐ NO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori

Data

Firma

Allegati:

- Documenti di Identità del Richiedente
- Documento d'identità del Beneficiario
- Documentazione sanitaria (verbale invalidità, Legge 104 etc...);
- Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- (eventuale decreto di nomina Amministratore di sostegno)