

**Al Distretto Socio Sanitario D. 55
presso l'ufficio di Servizio sociale
del Comune di _____**

**RICHIESTA DI ACCESSO AI PROGETTI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED
INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ- ANNUALITÀ
2019**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, C.F. _____,
residente a _____ in via _____ n. _____,
Contatto telefonico _____, mail _____,

(Compilare sotto solo in caso di presentazione da parte di altro soggetto diverso dal destinatario)

in qualità di amministratore di sostegno tutore curatore
in favore della Sig.ra/Sig. _____

Indicare estremi del provvedimento: _____

CHIEDE

ai sensi delle linee di indirizzo – allegato F. del D.P.C.M. del 21.11.2019

- Per sé stesso
 Per il proprio amministrato/familiare:

_____ nato a _____
il _____, C.F. _____
residente a _____ in via _____ n. _____
Telefono _____

di essere ammesso come beneficiario dei Progetti in materia di Vita Indipendente – Annualità 2019.

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità indicati nell'Avviso di riferimento:

- essere residente in uno dei Comuni del Distretto Socio Sanitario n. 55;
- essere di età compresa tra i 18 ed i 64 anni di età;
- essere persona con disabilità certificata ai sensi della Legge 104/1992 ss. mm. e ii.;
- essere in possesso di una certificazione di disabilità che non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologia connessa alla senilità;

Dichiara altresì,

- di essere disponibile a realizzare il proprio progetto di vita con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e regolarmente assunto;

- di usufruire dei seguenti servizi socio-assistenziali (specificare tipologia servizio e ente erogatore): _____;

- che il proprio nucleo familiare è così costituito:

Nome	Cognome	Data e luogo di nascita	Parentela

- che all'interno del proprio nucleo presenti altri familiari conviventi disabili e/o anziani:

- SI
- NO

- che la propria condizione abitativa è la seguente:

- Abitazione in affitto/abitazione con mutuo in corso
- Alloggio popolare
- Abitazione di proprietà

Si allega la seguente documentazione:

1. copia del documento d'identità e tessera sanitaria del/la beneficiario/a dell'intervento;
2. copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento;
3. copia codice fiscale del/la beneficiario/a;
4. copia di attestazione di invalidità/disabilità;
5. copia di attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente eventuali variazioni dei dati sopra indicati.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale misura è subordinato alla redazione di un progetto individuale, previa valutazione multidimensionale da parte degli operatori del Distretto n. 55.

Il/la sottoscritto/a _____, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successivo regolamento 679/2016/UE, autorizza il trattamento dei dati personali.

Luogo e data

Firma
