

Al Comune capofila del Distretto Socio Sanitario n. 41

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA' NELL'AMBITO DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR), MISSIONE 5 "INCLUSIONE E COESIONE" – Investimento 1.2.

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Nato _____ il _____ Residente a _____

Via _____ CAP _____ Provincia _____

E- mail _____

tel. _____ Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale : _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____

In qualità di (barrare con x)

DIRETTO INTERESSATO

TUTORE -AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

del/della sig./sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ Tel. _____

E-mail _____ Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale : _____

CHIEDE

l'accesso ai "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" finanziato dalla MISSIONE 5 "INCLUSIONE E COESIONE" – Investimento 1.2. del PNRR

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci il possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso pubblico:

. Di essere cittadino/a italiano/a, oppure di uno Stato appartenente all'Unione Europea, oppure di uno Stato non appartenente all'Unione Europea munito di permesso di soggiorno CE ai sensi del D.lgs. n. 286/98 e ss.mm.ii;

. Di essere residente nel Comune di _____;

. Di trovarsi in condizione di disabilità non determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

. Di essere in possesso di:

- Riconoscimento condizione di portatore di handicap disabilità di cui ai sensi della legge 104/92, art. 3;
- Riconoscimento invalidità civile;
- Riconoscimento invalidità civile con collocabilità ai sensi della legge 68/99.

. Di essere in grado di esprimere: la propria capacità di autodeterminazione verso l'emancipazione dal nucleo familiare di origine, anche se in maniera supportata; la volontà di realizzare un personale progetto di vita indipendente finalizzato a specifici percorsi di studio, di formazione, di inserimento socio lavorativo; il personale orientamento al percorso dell'abitare in autonomia;

. Di avere età compresa tra i 18 e i 63 anni.

. Di essere/NON essere beneficiario di altre misure finanziate con il fondo DOPO DI NOI;

. Di essere consapevole che l'adesione al progetto implica anche l'esperienza di co-abitazione con altre persone con disabilità;

. Di essere alla data attuale fruitore dei seguenti servizi (es. a ciclo diurno, domiciliari, etc.):

. Di aver avuto le seguenti esperienze associative e/o di autonomia (si descrivano brevemente)

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- . copia documento di identità del/la richiedente e del/la beneficiario/a se non coincidenti;
- . copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona con disabilità, nel caso in cui la domanda sia stata presentata da persona diversa dal disabile;
- . copia della certificazione e/o della documentazione attestante la disabilità ovvero la diagnosi di disabilità (es. L.104/92, invalidità civile, L.68/99);
- . ogni altra documentazione utile ad approfondire il quadro socio-sanitario e la rete dei servizi già attivi.

Luogo e data _____

Firma _____

I/La sottoscritto/a

Informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dei dati personali e dichiara di accettare le condizioni di cui all'avviso.

Luogo e data _____

Firma _____