



**MODULO DI DOMANDA - PROGETTI "VITA INDIPENDENTE PERSONE CON DISABILITA'"**

**ATTENZIONE:** QUESTO MODULO CONTIENE DELLE AUTOCERTIFICAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 (TESTO UNICO SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA). IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE PREVISTE DALL'ART. 76 DEL TESTO UNICO IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE, FALSITA' NEGLI ATTI, USO O ESIBIZIONE DI ATTI FALSI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITA'. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI RENDERE I DATI SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' ED E' CONSAPEVOLE CHE L'AMMINISTRAZIONE PROCEDERA' AI CONTROLLI PREVISTI DALL'ART. 71 DEL TESTO UNICO.

**QUADRO A) DATI DEL BENEFICIARIO / ASSISTITO**

COGNOME	NOME		
NATO A	PROV.	IL	
RESIDENTE NEL COMUNE DI	PROV.	CAP.	
INDIRIZZO	N.		
TELEFONO	C.F.		
COMUNE DI	PROV.	CAP.	
INDIRIZZO	N.		
DOMICILIO ( SE DIVERSO DA RESIDENZA) NEL COMUNE DI			
INDIRIZZO	N.	CAP	

**QUADRO B) DA COMPILARE SOLO SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DA SOGGETTO DIVERSO DAL BENEFICIARIO / ASSISTITO**

COGNOME	NOME		
NATO A	PROV.	IL	
RESIDENTE NEL COMUNE DI	PROV.	CAP.	
INDIRIZZO	N.		
C.F.	TELEFONO		
IN QUALITA' DI:	FAMILIARE CONVIVENTE	FAMILIARE NON CONVIVENTE	
TUTORE - DECRETO DEL TRIBUNALE DI		N.	DEL
AMMINISTR. DI SOST. - DECRETO DEL TRIB. DI		N.	DEL
ALTRO (SPECIFICARE)			

Il Beneficiario e/o Caregiver 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 scegliere **una** delle seguenti modalità di intervento:

#### **ASSISTENTE PERSONALE**

#### **ABITARE IN AUTONOMIA**

- 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 sociosanitaria 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:

VALORE ISEE:

- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione mezzo mail all'indirizzo: [servizisociali@comunediadispolita.it](mailto:servizisociali@comunediadispolita.it) 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;

**DICHIARA INFINE CHE L'INDIRIZZO MAIL A CUI MANDARE LE COMUNICAZIONI INERENTI IL PRESENTE BANDO IVI COMPRESO IL SOCCORSO ISTRUTTORIO E' LA SEGUENTE:**

**E-MAIL OBBLIGATORIA**

## 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) attestazione ISEE in corso di validità (autocertificabile nel presente modulo);
- c) copia Documento di identità del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- d) copia Documento di identità del beneficiario.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO:** Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi UE n.679/2016 e D.Lgs.n.196/2003 come aggiornato dal D.Lgs.n.101/2018 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" e consapevole che Il Titolare del Trattamento dei dati personali è il Comune di Ladispoli, capofila del distretto RM 4.2

che il Responsabile del Trattamento dei Dati Personali per le finalità suindicate è il Responsabile del Servizio Politiche Sociali del Comune di Ladispoli, Simonetta Conti.

**Firma del richiedente**

---