



Comuni di Angri, Corbara, Sant'Egidio del Monte Albino e Scafati

## PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

### Modello di domanda Allegato A

Ai Servizi sociali comune di \_\_\_\_\_

Il/La sig./a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Documento d'Identità \_\_\_\_\_

#### MANIFESTA

interesse ad accedere agli incentivi previsti per la realizzazione del progetto di vita indipendente e inclusione nella società di persone adulte con disabilità- annualità 2023

***(barrare la/e casella/e d'interesse)***

- per sé stesso
- in qualità di legale rappresentante (specificare:  tutore;  curatore;  amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento d'Identità \_\_\_\_\_
- in luogo (specificare:  coniuge;  figlio/a;  altro parente della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute (nome e cognome)



Comuni di Angri, Corbara, Sant'Egidio del Monte Albino e Scafati

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento d'Identità \_\_\_\_\_

A tal fine;

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.;

consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa;

**DICHIARA**

- di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

**DICHIARA**

**con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente**

- di essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3;
- che per il progetto di vita indipendente che si intende realizzare richiede l'accesso alla seguente azione:

*Erogazione di incentivi economici per l'assunzione di un assistente personale*

**Si allega:**

- Scheda per il progetto di Vita Indipendente Allegato B;
- certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3;
- Certificazione del medico curante attestante le attuali condizioni di salute;
- Fotocopia documento identità in corso di validità dell'interessato o di chi ne fa le veci;
- Certificazione ISEE (Ordinario);

*(facoltativa)*  ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione sanitaria e/o sociale  
(specificare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



Comuni di Angri, Corbara, Sant'Egidio del Monte Albino e Scafati

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sig./a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
(barrare la/e casella/e d'interesse)

-  per se stesso

-  in qualità di legale rappresentante (specificare:  tutore;  curatore;  amministratore di sostegno) della  
persona adulta con disabilità (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

-  in qualità di dichiarante (specificare:  coniuge;  figlio/a;  altro parente della persona adulta con  
disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute (nome e cognome)

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati  
personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la  
presente dichiarazione viene resa;

- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e che il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda  
Speciale Consortile "Comunità Sensibile"

**ESPRIME**

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono  
resi;

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle  
norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_



Comuni di Angri, Corbara, Sant'Egidio del Monte Albino e Scafati