



[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

**All. A3 sezione 1**

**Domanda di ammissione - Progetto personale  
per la “vita indipendente” a favore delle persone con disabilità in  
co-housing**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**PRESENTANO**

**le seguenti domande di ammissione e relativi progetti personali per la “vita indipendente” in co-housing:**

*(n.d.r. Ciascuna persona con disabilità che intenda realizzare il progetto di “vita indipendente” in co-housing deve compilare e sottoscrivere la propria domanda di ammissione e il formulario di progetto sulla base della presente modulistica e presentarla congiuntamente secondo le modalità previste dall’Avviso.)*



[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

**Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto personale  
per la “vita indipendente” a favore delle persone con disabilità in  
co-housing**

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA’**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cognome _____ Nome _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| nato/a il _____ a _____ Prov. _____ residente in _____ Comune<br>afferre la Zona Sociale n. _____ Via / P.zza _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| n.° _____ CAP _____ domiciliato presso _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| CAP _____ tel. _____ cell. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Indirizzo email _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Codice Fiscale _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Stato civile <sup>1</sup> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Cittadinanza <sup>2</sup> :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> cittadino italiano;<br><input type="checkbox"/> cittadino comunitario;<br><input type="checkbox"/> familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;<br><input type="checkbox"/> cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____; |

<sup>1</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>2</sup> Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.



[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

- titolare di *status* di rifugiato (*indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data*) \_\_\_\_\_ ;
- titolare di *status* di protezione sussidiaria \_\_\_\_\_ ;

#### QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ'

(da compilare solo se necessario)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_

In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Comune afferente la Zona sociale n. \_\_\_\_\_ Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):  
\_\_\_\_\_

Vista la Deliberazione n. 1633 del 29/12/2015 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di "vita indipendente" e la DGC n. \_504 del 24/6/2020 con la quale è stato pubblicato l'Avviso pubblico di selezione per l'accesso ai benefici concessi con i progetti per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

#### CHIEDE

in qualità di persona con disabilità di essere ammesso o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona con disabilità (Nome \_\_\_\_\_/Cognome \_\_\_\_\_),



[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte delle *équipes* multiprofessionali territorialmente competenti, alla realizzazione/prosecuzione del progetto per la “*vita indipendente*” a favore delle persone con disabilità.

A tale fine

**DICHIARA**

**QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO**

| Componente | Cognome | Nome | Relazione | Luogo di nascita | Data di Nascita | Attività/Lavoro |
|------------|---------|------|-----------|------------------|-----------------|-----------------|
| I°         |         |      |           |                  |                 |                 |
| II°        |         |      |           |                  |                 |                 |
| III°       |         |      |           |                  |                 |                 |

**QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA'**

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da \_\_\_\_\_ . Con verbale n. \_\_\_\_\_ .

In particolare, di presentare una **minorazione**:

- fisica
- psichica
- sensoriale

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- stabilizzata
- progressiva

tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui **diagnosi principale** è:

Specificare inoltre:



[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

Altre patologie presenti \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome del medico curante \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome dello specialista di riferimento \_\_\_\_\_

#### QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ISEE del valore di: € \_\_\_\_\_ (all.1)

#### DICHIARA INFINE

- di godere dei diritti civili e politici. (*I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria*).
- di non avere mai realizzato un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020;
- di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020 con scadenza il \_\_\_\_\_.
- di avere svolto e terminato in data \_\_\_\_\_ un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020.
- di aver interrotto/rinunciato in data \_\_\_\_\_ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020 prima del termine di scadenza previsto in data \_\_\_\_\_
- in relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune \_\_\_\_\_ in qualità di titolare e responsabile, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

**Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa da parte della persona con disabilità in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).**

**QUADRO E – IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:**

|                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del<br>Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____ |  |
| Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____                                          |  |
| Data _____                                                                                                     |  |
| Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)                                                              |  |
| Firma _____                                                                                                    |  |