www.regione.umbria.it/sociale

Allegato all'avviso A3 sez.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.***)**

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 afferente la Zona Sociale n._____ Via / P.zza _____ n.° _____ CAP_____ domiciliato presso _____CAP_____tel._____cell._____

Indirizzo email _____

Codice Fiscale_____

Stato civile[1] _____

Cittadinanza[2]:

- ☐ cittadino italiano;
- ☐ cittadino comunitario;
- ☐ familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n._____ rilasciato da _____con scadenza il _____;
- ☐ 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 _____;

[1] Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

[2] 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.

- ☐ 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 DISABILITA'

(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 24.06.2020 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_____), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte delle *équipe* 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:

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 dichiarazione 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 _____

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

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 _____