

AL CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI
A3 VIA TORRICELLA N.5
83047 LIONI (AV)

OGGETTO: DOMANDA PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO SPERIMENTALE VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ – 2020.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/ a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Tel _____ E-mail: _____

Documento d'Identità n _____ Codice fiscale _____

PER SÉ

IN QUALITÀ DI *(si allega alla domanda documento comprovante)*:

- TUTORE GIURIDICO DELLA PERSONA INTERESSATA;
- CURATORE;
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO;
- ALTRO FAMILIARE DELEGATO FORMALMENTE.

A favore di:

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Tel _____ Documento d'Identità n. _____
Codice Fiscale _____;

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. n.445,

CHIEDE

- a. di voler accedere ai contributi economici di cui all' avviso per la realizzazione del **“progetto sperimentale Vita Indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità ANNO 2020”**;
- b. di aver preso visione dell'avviso pubblico in materia del Consorzio Dei Servizi Sociali A3 e di accettarne le condizioni e prescrizioni contemplate e il percorso che si andrà a definire una volta effettuata l'ammissione al progetto;

DICHIARA inoltre:

- di avere un'età compresa tra i 18 anni e i 64 anni;
- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino comunitario;
- di essere cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo);
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere residenti in uno dei 25 Comuni dell'Ambito A3;
- di essere in possesso della certificazione di disabilità Legge 104/92 art. 3 comma 3 e che la disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da altre patologie mediche;
- di non beneficiare del Progetto Home Care Premium;
- di non beneficiare dell'Assegno di cura;
- di non beneficiare del progetto del Dopo di Noi;
- di non essere ricoverato presso una struttura residenziale;

LUOGO E DATA

FIRMA

Firma del dichiarante o, in caso di minore
e/o disabile di chi ne fa le veci

- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi delle vigenti normative.

_____ li _____

firma

Firma del dichiarante o, in caso di minore
e/o disabile di chi ne fa le veci

Informativa privacy

I dati personali forniti e rilevati nella presente Scheda, nel rispetto delle vigenti disposizioni, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento del Progetto di inclusione e per i fini istituzionali del Consorzio.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del percorso di inclusione per impossibilità a realizzare gli obiettivi identificati.

Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali" acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicate dall'avviso pubblico.

Allega alla presente:

- documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto potenzialmente beneficiario
- Codice Fiscale;
- documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto dell'eventuale amministratore di sostegno, tutore, curatore, documento comprovante la nomina e Codice Fiscale;
- copia della certificazione della L. 104/92 art 3 comma 3;
- documentazione ISEE in corso di validità;
- eventualmente certificazione L.104/92 di altri componenti del proprio nucleo familiare;
- Modello B
- Altro Specificare _____