PROGETTO PNRR 1.2

"Percorsi di autonomia per persone con disabilità"

Modello di domanda

(Allegato B)

Il/la sottoscritto/a: Nome _____Cognome: _____

Nato/a a: _____ il:_____ sesso M ☐ F ☐

Residente a:_____CAP:_____Provincia_____Via_____

Domicilio : (se diverso dalla residenza)

a:_____CAP:_____Provincia_____Via_____

Tel._____Cellulare_____

e-mail_____

PEC_____

Codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

In qualità di: (barrare casella di riferimento)

☐ Diretto interessato
☐ Familiare, grado di parentela _____
☐ Tutore nominato con decreto n. _____del _____
☐ Curatore nominato con decreto n. _____ del _____
☐ Amministratore di sostegno nominato con decreto n._____ del_____

Presenta istanza per conto di:
(Da compilare solo se diverso da diretto interessato)

Nome:_____ Cognome: _____

Nato/a a: _____ il:_____ sesso M ☐ F ☐

Residente a:_____CAP:_____Provincia_____Via_____

Domicilio : (se diverso dalla residenza)

a:_____CAP:_____Provincia_____Via_____

Tel._____Cellulare_____

e-mail_____

PEC_____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ai fini della Valutazione Multidimensionale integrata per la definizione di un Progetto Individuale per l'erogazione di servizi afferenti al Progetto PNRR 1.2 Percorsi di autonomia rivolti a persone con disabilità:

DICHIARA

in conformità a quanto previsto nell'avviso percorsi di autonomia per persone con disabilità, di essere: (Barrare casella corrispondente)

- ☐ in possesso di certificazione di invalidità definita dalle Commissioni di cui all'art. 4 L. 104/1992 (persone in età lavorativa con minorazioni fisiche, sensoriali e con handicap intellettivo con percentuale certificata superiore al 45% e con una prognosi di collocabilità e invalidi del lavoro con capacità lavorativa superiore al 33%);
- ☐ in possesso di certificazione di certificazione di invalidità definita dalle Commissioni di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
- ☐ in possesso di certificazione di invalidità in base all'articolo 1 della legge 68/99
- ☐ di essere residente in uno dei comuni dell'Ecad e di avere un'età compresa tra più 18 anni e 64 anni;
- ☐ di accettare tutte le condizioni e le clausole contenute nell'avviso;
- ☐ di godere dei diritti politici e civili e di essere cittadino italiano o di nazionalità europea o extraeuropea con permesso di soggiorno ai sensi del D.lgs 286/98 e simili.
- ☐ di possedere un Isee in corso di validità pari ad euro.....;

A TAL FINE ALLEGA

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Copia del documento attestante la certificazione di invalidità;
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento;
- Copia stato di famiglia;
- Copia Isee in corso di validità.

DICHIARA

Inoltre, di aver preso visione delle disposizioni e di quanto reso noto nell'Avviso Pubblico e di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma_____