

Allegato A



MODULO DI DOMANDA

Per la selezione di 24 beneficiari di percorsi di autonomia e co-housing.

PNRR – Missione 5 “Inclusione e coesione” - Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore” Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”. Investimento 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità. CUP E54H22000140006 e CUP E94H22000760006.

Approvato con determinazione n. del 2025

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

a _____ Residente in _____

Via _____ n° _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Doc. di identità n° _____ Rilasciato da _____

Tel./Cellulare _____ Email/pec _____

- ☐ per se stesso;
- ☐ in qualità di Tutore/Amministratore di sostegno – Sentenza n. _____ del _____;
- ☐ in qualità di familiare _____ formalmente delegato dal/la beneficiario/a _____ nato/a il _____ a _____ Residente in _____ Via _____ n° _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Documento di identità n° _____ Rilasciato in data _____ da (Ente addetto al rilascio) _____ data di scadenza _____

CHIEDE

Di partecipare all'Avviso pubblico finalizzato all'individuazione dei beneficiari del progetto relativo alla linea di Investimento PNNR - Missione 5 "Inclusione e coesione" - Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore". Sottocomponente 1 "Servizi Sociali, disabilità e marginalità sociale". Investimento 1.2. "Percorsi di autonomia per persone con disabilità CUP E54H22000140006/CUP E94H22000760006. A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali prevista dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate,

DICHIARA

(barrare con una X le caselle interessate)

- ☐ Di essere cittadino/a italiano/a o di uno Stato membro dell'Unione Europea o di una Nazione non facente parte dell'Unione Europea in possesso di regolare permesso di soggiorno almeno CE ai sensi del D. Lgs n. 286/99 e ss.mm.ii;
- ☐ di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito territoriale del Plus Ogliastro;
- ☐ di avere la seguente età anagrafica _____;
- ☐ di essere persona disabile in possesso di certificazione ai sensi della L.104/1992;
- ☐ di essere in possesso dell'invalidità civile con una percentuale pari a _____ %;
- ☐ che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

PARENTELA	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

Che l'ISEE in corso di validità è pari a € _____

Altre condizioni che possono determinare priorità nell'ammissione in graduatoria:

- ☐ persone in condizione di disabilità motoria, NON beneficiari di altre forme di tutela di natura pubblica;
- ☐ neomaggiorenni e giovani adulti (età inferiore ai 35 anni) privi o di fragile sostegno familiare, non beneficiari di altri percorsi di inclusione sociale e lavorativa;

- ☐ adulti di età pari o superiore ai 35 anni, privi o di fragile sostegno familiare, non beneficiari di altri percorsi di inclusione sociale e lavorativa;
- ☐ persona con un avviato percorso di deistituzionalizzazione.

Allega alla presente domanda:

- ☐ eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- ☐ Copia fronte/retro del documento di riconoscimento del beneficiario o/e del suo rappresentante legale (allegare copia del provvedimento di nomina del rappresentante legale) per cittadini extracomunitari copia titolo di soggiorno in corso di validità;
- ☐ verbale di accertamento dell'handicap o della invalidità;
- ☐ certificazione ISEE socio sanitario e/o ordinario in corso di validità;

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R.445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

L'utente individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del Distretto Socio-Sanitario RM 4.3 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

☐ SI

☐ NO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori

In Allegato:

- **Documenti di identità fronte/retro del richiedente beneficiario o/e delegato**
- **Verbale Certificazione Invalidità del beneficiario**
- **Copia del decreto di nomina tutore – amministratore di sostegno**
- **ISEE ordinario e/o socio sanitario in corso di validità**

Data,

FIRMA