llegato "A"

SPETT.LE

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. ☐ 20 ☐ 19

Via _____

Città _____

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO "VITA INDIPENDENTE MINISTERIALE"
D.L. 34/2020 c.d. "decreto rilancio"

Il/La sottoscritto/a _____ _____
COGNOME NOME

residente a _____ Via _____ n. ___ CAP _____

Codice fiscale _____

Tel. _____Cell. _____email_____

(DA COMPILARE SOLO SE NECESSARIO)

Il/La sottoscritto/a _____ _____
COGNOME NOME

residente a _____ Via _____ n. ___ CAP _____

Codice fiscale _____

Tel. _____Cell. _____email_____

in qualità di:

☐ tutore/curatore

☐ amministratore di sostegno

per conto di:

cognome e nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n._____

Codice fiscale _____

Tel. _____Cell. _____email_____

Comune di Ortezzano - protocollo in arrivo n. 0000001 in data 04-01-2021 - Cat. 7

MANIFESTA L'INTERESSE

A voler partecipare al progetto "Vita Indipendente Ministeriale" - **D.L. 34/2020 c.d. "decreto rilancio".**

A tal proposito DICHIARA

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000)

- di possedere i requisiti di accesso di cui al punto 2 dell'Avviso per la manifestazione di interesse;

- di essere a conoscenza:
  - di dover successivamente e su apposita modulistica, partecipare alla stesura, con l'UMEA/DSM territorialmente competente, del proprio Progetto personalizzato di vita indipendente, cha avrà una durata di 12 mesi;
  - di doversi impegnare, a seguito di ammissione a finanziamento, a scegliere l'assistente personale ed a regolarizzare il rapporto di lavoro direttamente con la stessa con un contratto, secondo la normativa vigente in materia di lavoro;
  - che il finanziamento del Progetto Vita Indipendente Ministeriale è alternativo ai contributi regionali concessi per Disabilità gravissime, SLA, Assegno di cura.

Il/la sottoscritt___ autorizza la raccolta ed il trattamento dei dati trasmessi con la presente richiesta esclusivamente per la procedura di cui in oggetto, ai sensi dell'Art.13 del D.lgs 196/2003 e dell'Art.13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Allega la seguente documentazione:

1. copia di un valido documento di identità del destinatario dell'intervento e, nel caso di domanda presentata da un tutore/curatore/amministratore di sostegno, anche della persona richiedente;
2. copia del verbale dell'accertamento dell'handicap con il riconoscimento della condizione di gravità (art. 3 c.3 L. 104/92);
3. se la domanda è richiesta dal soggetto che ha la tutela del beneficiario (amministratore di sostegno, tutore, curatore) va allegato il decreto di nomina.

Data _____

FIRMA BENEFICIARIO
(o del tutore, curatore o Amministratore di Sostegno)

_____

Comune di Ortezzano - protocollo in arrivo n. 0000001 in data 04-01-2021 - Cat. 7