**Modello A – SCHEMA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO DOPO DI NOI**

**Al servizio sociale professionale ECAD N 5**

Montagne Aquilane

Via Cavuor 43/a

67021 Barisciano

**OGGETTO**: Domanda di ammissione per l’avviso pubblico per la realizzazione di interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare “DOPO DI NOI” – L.N. 112/2016 – Annualità 2016-2017.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di soggetto destinatario del beneficio

Oppure se impossibilitato

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di (*indicare il grado di parentela o se tutore)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE di essere ammesso/a a partecipare all’avviso pubblico per la realizzazione di interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare “DOPO DI NOI” – L.N. 112/2016 – Annualità 2016-2017.

Allo scopo sotto la propria responsabilità: (artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

DICHIARA

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di avere un’ età superiore ai 18 anni e inferiore ai 65 ovvero un’età compresa tra i 18 ed i 64 anni;
3. di essere persona con disabilità grave (ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992) prive del sostegno familiare come definito col DM 23.11.2016 (art. 1 comma 1 lett. b) ossia con disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità. A tal fine dichiara di essere/non essere Invalido Civile con una percentuale pari a \_\_\_\_\_\_\_\_ per la seguente diagnosi di Invalidità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. di non usufruire di altre misure/di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli altri interventi in oggetto;
5. che il proprio nucleo familiare all’atto della presentazione della domanda è così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Parentela | Età | Condizione medica attuale |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. che il valore dell’ ISEE ordinario è pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

□ persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori;

□ persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all’età

 ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare

 a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario:

□ persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche

 molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa

 familiare, come individuate all’articolo 3, comma 4 DM 23/11/2016.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara inoltre:

1. di essere informato/a che i dati personali e, eventualmente sensibili, oggetto delle dichiarazioni contenute nella presente domanda, verranno trattati dal Comune di Sulmona al solo scopo di permettere l’espletamento dell’avviso e l’adozione di ogni provvedimento annesso ai sensi del 678/2018 “GDPR 2016/679 - ;
2. di essere consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, nonché decade dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000);
3. di essere consapevole che l’accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte dei componenti la UVM e dei rappresentanti del Comune di residenza.

Il/La sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione inerente il concorso in oggetto gli/le venga recapitata all’indirizzo sotto riportato, impegnandosi a comunicare ogni variazione dello stesso e sollevando l’amministrazione da ogni responsabilità, in caso di irreperibilità del destinatario:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel/Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano alla presente domanda:

1. copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti
2. codice fiscale del beneficiario
3. copia della certificazione attestante la condizione di persona con disabilità grave (ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992)
4. ISEE ordinario (per valutazione priorità di accesso).

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_