### **MODULO A**

Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### **AVVISO PUBBLICO PER LA PREDISPOSIZIONE DI UN PROGETTO DI AUTONOMIA IN FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 162/98.**

**MODULO DOMANDA**

:

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ residente nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Codice fiscale

Numero di telefono (cellulare)

 E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

Pec (se in possesso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliato/a in (se diverso dalla residenza) Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

□ destinatario □ tutore □ titolare della potestà genitoriale □ amministratore di sostegno □ familiare responsabile (specificare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di in Via /P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_

 Domiciliato/a in (se diverso dalla residenza) Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale

Numero di telefono (cellulare)

**CONSAPEVOLE**

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art. 76, D.Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del suddetto D.Lgs. dichiara di aver preso visione dell’Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

* che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
* che non è beneficiario di interventi per la disabilità gravissima;
* di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.
* che le prestazioni sono erogate mediante *Buono servizio* quale titolo utile all’acquisto di servizi presso un soggetto accreditato;
* **di non avere un’occupazione lavorativa;**
* **di non percepire un’indennità di accompagnamento;**
* **di non essere in possesso della legge n. 104/92 revisionabile.**

**CHIEDE**

di poter usufruire delle prestazioni previste ai sensi del “Regolamento per l’accreditamento dei soggetti gestori dei servizi alla persona del Distretto LT1”. **A**nnualità 2020**,** in favore di

❑ Sé stesso/a

oppure

❑ (Cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat \_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE** (barrare)

|  |
| --- |
| ❑ Copia della certificazione rilasciata dalla competente commissione, attestante il riconoscimento della condizione di handicap grave (Legge 104/92 art. 3, comma 3); ❑ Attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità; ❑ Documento di identità in corso di validità del richiedente (se diverso dal beneficiario); ❑ Documento di identità in corso di validità del beneficiario;❑ Eventuale copia del decreto di nomina (tutore, amministratore di sostegno ecc.)❑ Altra documentazione utile comprovante condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi riferite a familiari appartenenti allo stesso nucleo del richiedente  |

Luogo, data

Firma