



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



CONSORZIO
SOCIALE
VALLE DELL'IRNO
AMBITO-S6

ALLEGATO A

Al Consorzio Sociale Valle dell'Irno S6

Manifestazione di interesse per la selezione di beneficiari per la linea di intervento PNRR M5C2 Investimento 1.2. Percorsi di autonomia per persone con disabilità - HOUSING

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il _____, residente in _____ alla Via
_____ n. _____, C.F. _____,
recapito telefonico _____, e-mail _____

CHIEDE

per se stesso

per altro beneficiario di seguito indicato:

sig./ra _____ nato a _____ il
_____, residente in _____ alla
Via _____ n° _____
C.F. _____, recapito telefonico _____

Di partecipare alla selezione di cui all'avviso in oggetto

A tal fine consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art 75 e76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, sotto la propria responsabilità (condizione riferita al beneficiario della prestazione richiesta):

DICHIARA

di manifestare il proprio interesse a candidarsi alla realizzazione di progetti di Vita Indipendente in housing per la linea di investimento 1.2 "Percorsi di Autonomia per persone con disabilità".

A tale scopo dichiara (riferito alla persona con disabilità):

- di avere età compresa tra i 18 e i 64 anni;
- di essere residente nell'Ambito Territoriale S6;
- di essere in possesso di ISEE ordinario corrente;
- di essere disponibile a intraprendere un percorso di *cohousing* con altre persone con disabilità nei gruppi appartamento organizzati con i migliori sistemi di domotica disponibili sul mercato;
- di essere disponibile ad intraprendere un percorso di formazione ed avviamento al lavoro, sulla base di un progetto personalizzato elaborato dalla equipe multidisciplinare;

DICHIARA, INOLTRE (*barrare le opzioni corrispondenti*):

- di essere in possesso di certificazione di disabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/1992;
- di essere in possesso del verbale di valutazione dell'UVI o di averne richiesto l'attivazione alla PUA;
- di essere mancante di entrambi i genitori, familiari o reti amicali o i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età, ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nelle condizioni di continuare a garantire loro, nel futuro prossimo, il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;

oppure

- di essere inserito in struttura residenziale dalle caratteristiche diverse da quelle previste dall'art. 3, c.4 del DM 26/11/2016, e nello specifico: (indicare la struttura): _____

- di usufruire di altre misure e interventi, nello specifico:

SAD/ADI

Frequenza di Centro Diurno

Altro

(specificare) _____

Allega alla presente domanda:

- fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, dell'interessato e del soggetto sottoscrittore, se diverso dall'interessato;
- Verbale di invalidità civile e relazione conclusiva;
- diagnosi specialistica rilasciata da SSN o altra Struttura sanitaria accreditata;
- ISEE ordinario in corso di validità;
- decreto di nomina di eventuale tutore/amministratore di sostegno;
- eventuale verbale di valutazione UVI.

Luogo e data della sottoscrizione

_____, il _____

Firma dell'istante

Il sottoscritto _____ DICHIARA di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli artt. 4,5,7 e 13 del GDPR, di averne compreso i contenuti, i diritti e le finalità e, pertanto presta il consenso e autorizza il trattamento dei dati personali, dati particolari e dati giudiziari in conformità al Regolamento UE 679/16 e successive modifiche e integrazioni.

Luogo e data della sottoscrizione

_____, il _____

Firma dell'istante _____