

Modello A – SCHEMA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DOPO DI NOI

**Al Dirigente del 1° Settore
Del Comune di Castel di Sangro
Via Sangro, snc
67031 Castel di Sangro (AQ)**

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

- a) di essere nato/a a _____ il _____ e di risiedere a _____ in Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale** _____, Recapito telefonico _____;
- b) di avere un'età superiore ai 18 anni e inferiore ai 65 ovvero un'età compresa tra i 18 ed i 64 anni;
- c) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero precisare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle stesse);

** le domande prive del Codice Fiscale corretto del richiedente non saranno esaminate

- d) 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 _____;
- e) di non usufruire di altre misure/di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli altri interventi in oggetto;
- f) che il proprio nucleo familiare all'atto della presentazione della domanda è così composto:

Cognome e Nome	Parentela	Età	Condizione medica attuale

- g) che il valore dell' ISEE ordinario è pari a _____;
- h) 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:

- a) di essere informato/a che i dati personali e, eventualmente sensibili, oggetto delle dichiarazioni contenute nella presente domanda, verranno trattati dal Comune di Castel di Sangro al solo scopo di permettere l'espletamento dell'avviso e l'adozione di ogni provvedimento annesso ai sensi del 678/2018 "GDPR 2016/679 - ;
- b) 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);
- c) 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:

** le domande prive del Codice Fiscale corretto del richiedente non saranno esaminate

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
