**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**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)

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