# Al Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Settore Servizi Sociali

**Manifestazione di interesse per la selezione di beneficiari per la linea di intervento PNRR M5.C2 Investimento 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità.**

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritto/a C.F.: ,nato/a a ( ), il

residente in Via , n.

domiciliato in Via ,n. (*se diverso dalla residenza*), Telefono: E-mail: In qualità di (barrare la casella interessata):

* Soggetto beneficiario
* Rappresentante legale (specificare il titolo)

# SOGGETTO BENEFICIARIO

*(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario)*

Sig./Sig.ra C.F.: ,nato/a a ( ), il

residente in Via , n.

domiciliato in Via ,n. (*se diverso dalla residenza),* Telefono: E-mail:

# Ai fini della partecipazione

consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia,

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00, in riferimento alla persona con disabilità

# DICHIARA

* di manifestare interesse ad avviare un percorso di autonomia abitativa e lavorativa mediante la realizzazione di progetti di vita indipendente in gruppi appartamento, a valere sui fondi del PNRR M5C2 -Investimento 1.2 Percorsi di Autonomia per persone con disabilità;
* di avere età compresa tra i 18 e i 50anni;
* di essere residente Distretto Socio Sanitario 16 (CATANIA, MISTERBIANCO, MOTTA S. ANASTASIA) capofila dell’ATS con il Distretto Socio Sanitario 18 (PATERNO', BELPASSO, RAGALNA) e il distretto Socio Sanitario 12 (ADRANO, BIANCAVILLA, S. MARIA DI LICODIA)
* di essere in possesso del seguente titolo di studio:
	+ nessun titolo
	+ Licenza elementare
	+ Licenza media
	+ Diploma
	+ Altro (specificare)
	+ Di essere in possesso di ISEE ordinario corrente;
	+ Di non necessitare di assistenza h24 e/o di assistenza per la somministrazione di terapie farmacologiche;
	+ Di essere disponibile a intraprendere un percorso di autonomia abitativa con altre persone con disabilità nei gruppi appartamento organizzati con sistemi di domotica;
	+ Di essere disponibile a di intraprendere un percorso di formazione e di avviamento al lavoro, sulla base di un progetto personalizzato elaborato dall’equipe multidisciplinare;
	+ Di essere disponibile a garantire un budget mensile finalizzato a far fronte alle spese personali e alimentari.
	+ Di essere in possesso di certificazione di disabilità riconosciuta;
	+ Che il proprio nucleo familiare risulta al momento così composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **GRADO DI PARENTELA** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

* Di essere/non essere inserito in struttura residenziale (*indicare la struttura*):
* Di usufruire/non usufruire di altre misure e interventi, nello specifico:
	+ Assistenza domiciliare
	+ Frequenza di Centro Diurno
	+ Altro(*specificare*)
	+ Di avere avuto le seguenti esperienze associative e/o di autonomia abitativa(*specificare*):

# Allega alla presente domanda:

* Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del beneficiario e del soggetto sottoscrittore, se diverso dal beneficiario;
* Copia della certificazione/documentazione attestante la diagnosi di disabilità (es. L.104/92, invalidità civile, L.68/99, ecc.);
* Eventuale decreto di nomina di tutore/amministratore di sostegno/procuratore;
* Ogni altra documentazione utile ad approfondire il quadro socio-sanitario.

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto , consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessarie all’espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza ai sensi dell’art.13del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento GDPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l’espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati verranno trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all’espletamento della procedura. L’interessato può far valere nei confronti dell’Amministrazione i diritti di cui all’art. 7 esercitati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR 679/2016.

# Luogo e data della sottoscrizione

 , il

# Il dichiarante