



www.regione.umbria.it/sociale

All. A3 sezione 1

**Domanda di ammissione - Progetto personale
per la “*vita indipendente*” a favore delle persone con disabilità *in
co-housing***

NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____

NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____

NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____

PRESENTANO

le seguenti domande di ammissione e relativi progetti personali per la “*vita indipendente*” *in co-housing*:

*(n.d.r. Ciascuna persona con disabilità che intenda realizzare il progetto di “*vita indipendente*” *in co-housing* deve compilare e sottoscrivere la propria domanda di ammissione e il formulario di progetto sulla base della presente modulistica e presentarla congiuntamente secondo le modalità previste dall’Avviso.)*



www.regione.umbria.it/sociale

**Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto personale
per la “*vita indipendente*” a favore delle persone con disabilità in
*co-housing***

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ’

Cognome _____	Nome _____
nato/a il _____ a _____	Prov. _____ residente in _____ Comune
afferente la Zona Sociale n._____	Via / P.zza _____
n.º _____ CAP _____	domiciliato presso _____
CAP _____ tel. _____	cell. _____
Indirizzo email _____	
Codice Fiscale _____	
Stato civile ¹ _____	
Cittadinanza ² :	
<input type="checkbox"/> cittadino italiano;	
<input type="checkbox"/> cittadino comunitario;	
<input type="checkbox"/> familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n._____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;	
<input type="checkbox"/> cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n._____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;	

¹ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

² Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.



www.regione.umbria.it/sociale

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> titolare di <i>status</i> di rifugiato (<i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i>) _____; |
| <input type="checkbox"/> titolare di <i>status</i> di protezione sussidiaria_____; |

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ'

(da compilare solo se necessario)

Cognome _____	Nome _____	
Grado di parentela _____	specificare _____	
In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) _____		
nato/a il _____	a _____	Prov. _____
e residente in _____	Comune afferente la Zona sociale n. _____	Via / P.zza _____ n.º _____
CAP _____	tel. _____	Codice Fiscale _____
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____		

Vista la Deliberazione n. 1633 del 29/12/2015 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di "vita indipendente" e la DGC n. 504 del 24/6/2020 con la quale è stato pubblicato l'Avviso pubblico di selezione per l'accesso ai benefici concessi con i progetti per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

CHIEDE

in qualità di persona con disabilità di essere ammesso o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona con disabilità (Nome _____ /Cognome _____),



www.regione.umbria.it/sociale

come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte delle équipes multiprofessionali territorialmente competenti, alla realizzazione/prosecuzione del progetto per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

A tale fine

DICHIARA

QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/Lavoro
I°						
II°						
III°						

QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITÀ'

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data ____/____/____ da _____. Con verbale n. _____.

In particolare, di presentare una **minorazione**:

- fisica
- psichica
- sensoriale

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- stabilizzata
- progressiva

tal da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui **diagnosi principale** è:

Specificare inoltre:



www.regione.umbria.it/sociale

Altre patologie presenti _____
Cognome e Nome del medico curante _____
Cognome e Nome dello specialista di riferimento _____

QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un **ISEE** del valore di: € _____ (all.1)

DICHIARA INFINE

- di godere dei diritti civili e politici. (*I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria.*)
- di non avere mai realizzato un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020;
- di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020 con scadenza il _____.
- di avere svolto e terminato in data _____ un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020.
- di aver interrotto/rinunciato in data _____ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020 prima del termine di scadenza previsto in data _____
- in relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazione acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune _____ in qualità di titolare e responsabile, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____



www.regione.umbria.it/sociale

Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa da parte della persona con disabilità in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

QUADRO E – IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:

Il sottoscritto _____	(Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____
Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____	
Data _____	Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso) Firma _____