# ALLEGATO 1

**MODULO DI DOMANDA “Vita Indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità”**

# Oggetto: Dichiarazione di disponibilità a partecipare a Progetto di Vita Indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità.

Il/La sottoscritto/a C.F. Nato/a a ( ) il

e residente a ( ) in Via n.

Recapito telefonico E-mail pec

**CONSAPEVOLE CHE**

* Le persone ammesse al percorso di inclusione saranno individuate di concerto con i servizi socio sanitari, sulla base di un accurata e documentata analisi di un evidente fabbisogno di protezione e inclusione sociale nello specifico contesto di riferimento, nonché di una effettiva possibilità di affrontare i percorsi proposti;
* I destinatari individuati beneficeranno di un percorso di accesso e presa in carico;
* si darà luogo ad una Lista d’Attesa nel caso in cui il numero delle richieste sia superiore ai 6 posti disponibili, in base a quanto previsto dall’avviso pubblico;
* In caso di parità di merito, si procederà alla valutazione dell’attestazione ISEE del nucleo familiare ristretto in corso di validità, e avrà la precedenza il beneficiario il cui ISEE è inferiore.

# DICHIARA

**sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell’articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i.:**

* + Per sé
  + Per il proprio amministrato o familiare (*Nome e Cognome*)

Nato/a a ( ) il C.F. \_ e residente a ( ) in Via n. Recapito telefonico E-mail pec

* Di essere maggiorenne e non aver superato i 64 anni di età;
* Di essere residente in uno dei 20 Comuni appartenenti all’Ambito PLUS di Nuoro;
* In particolare di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere interessato a partecipare al progetto di cui all’oggetto;
* Di essere in carico al seguente servizio socio-sanitario (specificare indirizzo del servizio e medico di riferimento)
* Di essere in possesso di uno dei seguenti riconoscimenti:
* Documentazione attestante disabilità mentale/intellettiva e/o psichica in carico al Centro di Salute Mentale dell’ASL di competenza;
* Disabilità grave di cui alla legge 104/1992, art. 3;

# CHIEDE

di accedere al Programma: **“Vita Indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità”.**

Allega a tal fine:

* + Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità, qualora l’istanza non sia firmata digitalmente;
  + Fotocopia della Tessera Sanitaria;
  + Fotocopia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell’articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n.104;
  + certificazione attestante la disabilità mentale/intellettiva e/o psichica a cura del Centro di Salute Mentale dell’ASL di competenza;
  + ISEE del nucleo familiare ristretto in corso di validità;

Luogo e data Firma

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

* **Dichiara inoltre** di essere informato/a che i dati forniti sono indispensabili per l’istruttoria della pratica e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, che include il trattamento informatico dei dati forniti, la trasmissione a terzi.
* **Dichiara** a tal fine di aver preso visione dell’informativa ai sensi del *GDPR n. 679/2016UE* 2016/679, all. 2 del presente avviso e pertanto presta il consenso e autorizza il trattamento.

Luogo e data

Firma