

Al Comune di \_\_\_\_\_  
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.13 del 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**

\_\_\_\_\_