



Ente Capofila Comune di Nuoro  
Plus Distretto di Nuoro

**Oggetto:** DOMANDA DI AMMISSIONE AI PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA  
INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DELLE PERSONE CON SVANTAGGI  
PSICHICI O FISICI

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_

consapevole  
della  
r  
e  
sponsabilità penale cui può andare incontro in caso  
di  
dichiarazione falsa o non  
corrisponden  
t  
e al vero, ai sensi  
del D.P.R. 28/12/2000 n°445,  
dichiara  
di  
e  
ssere  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
di  
e  
ssere  
r  
e  
siden  
t  
e a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

t  
el.: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L' AMMISSIONE AI PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DELLE PERSONE CON SVANTAGGI PSICO-FISICI PER ADULTI DI ETA' COMPRESA TRA I 18 E 64 ANNI.

**A TAL FINE DIC**

DI ESSERE IN POSSESSO DEI REQUISITI RICHIESTI DALL'AVVISO PUBBLICO

che il totale delle provvidenze economiche percepi

t

e

relative all'anno 2016 è stato pari a

€ .....

**Così**

**riparti**

**t**

**e**

reddito  
provenien

t

e

da pensione ..... €. \_\_\_\_\_

indennità  
di accompagnamento ..... €. \_\_\_\_\_

pensione  
di invalidità ..... €. \_\_\_\_\_

altri benefici (specificare quali ed inserire il relativo importo percepito)

.....  
€. \_\_\_\_\_

.....  
€. \_\_\_\_\_

che il proprio nucleo familiare, così come  
di seguito

dettagliato, \_\_\_\_\_ è \_\_\_\_\_ composto  
da n. \_\_\_\_\_ persone,

di cui n. \_\_\_\_\_ portatori  
di handicap certificato con \_\_\_\_\_

(specificare percentuale  
dell'invalidità riconosciuta e  
data  
del verbale  
di riconoscimento)

<b>Grado parentale</b>	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Codice Fiscale</b>	<b>Professione</b>

No

t  
e:

che il reddito ISEE ORDINARIO 2017  
del nucleo è pari a €. ....

di abitare in casa  
di proprietà con  
m  
tuo;

di abitare in casa in affitto;

di abitare in alloggio popolare;

di e

di e

di

e  
ssere seguito e

pr  
e

so in carico  
dal servizio sociale .....

di  fruire

di servizi

di  
assis

t  
enza

da  
par

t  
e

di Enti Pubblici (specificare quali):  
.....  
.....  
.....

dichiarazioni.

**DI AVER PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO PER ACCEDERE AI PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DELLE PERSONE CON SVANTAGGI PSICO-FISICI DI ETA' COMPRESA TRA I 18 E 64 ANNI E DI ACCETTARNE LE CONDIZIONI ED I CRITERI DI VALUTAZIONE**

Allega alla  
pr

e  
sen  
t  
e:

delle certificazioni fotocopia  
at che  
t  
e

stino lo svantaggio psico-fisico;

fotocopia verbale L. 104/92

relazione clinica aggiornata al 2017, redatta  
da specialista  
di struttura pubblica,  
ineren  
t  
e alla patologia

dalla quale si evincono i bisogni  
della persona con  
disabilità;

certificazione relativa all'indicatore  
della situazione economica (ISEE 2017);

fotocopia  
dell'eventuale

decreto

di

tu

t

ela,

di

cura

t

ela

di

di  
sost  
t  
segno;



fotocopia

documento

di

identità

del

richieden

t

e

e

della persona con svantaggio psico-fisico;

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dell' art.13 D.Lgs.n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art. 19. Il responsabile è il Dirigente coordinatore del Settore. L'interessato può far valere nei confronti dell' A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli art. 8,9 e 10 del D.Lgs 196/06.

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

La

Sig.ra/il

Sig. \_\_\_\_\_ at

t

e

sta

che

le

copie

dei

documenti allegati all'istanza sono conformi all'originale.

Luogo

e

data

**IL**

**RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_