



Ambito Territoriale N 22
Comune di Somma Vesuviana – Capofila
Comuni di Brusciانو, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano,
San Vitaliano

Allegato B

Al Comune di Somma Vesuviana
Ufficio di Piano Ambito N22

OGGETTO: Avviso pubblico “PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE “INDIPENDENTE(MENTE)”- Annualità’ 2019 - Macro – Area 1 Assistente Personale. Sperimentazione del modello di intervento in materia di vitaindipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità.

Domanda di partecipazione

Il sottoscritto:

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di:

- DIRETTO INTERESSATO
- FAMILIARE Grado di parentela _____
- TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____
- CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____
-

del sig./sig.ra: Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Ambito Territoriale N 22
Comune di Somma Vesuviana – Capofila
Comuni di Brusciiano, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano,
San Vitaliano

CHIEDE

di poter partecipare all'AVVISO PUBBLICO PER LA SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ - PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE "INDIPENDENTE(MENTE) – ANNUALITA' 2019- Macro –Area 1 e di poter accedere al contributo economico per l'assistente personale. A tal fine,

DICHIARA

- Di aver compiuto 18 anni di età e di non avere un'età superiore ai 64 anni compiuti;
- Di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale N22;
- Di essere in possesso di accertata condizione di disabilità ex art. 3 L. 104/1992 non determinata dal naturale invecchiamento o da altre patologie mediche;
- Di essere possedere una percentuale di invalidità del _____
- Di non essere beneficiario di assegno di cura e/o di altri programmi di assistenza all'autonomia finalizzati al medesimo obiettivo, in particolare il Dopo di Noi;
- Di essere impegnato nel seguente contesto lavorativo (*dettagliare*) _____
_____;
- Di essere impegnato nel seguente contesto formativo e/o ricreativo/sociale (*dettagliare*) _____
_____;
- Di volere aderire al Progetto per le seguenti motivazioni: _____
_____;
- Di aver compreso che il contributo economico in esame, se accordato, è diretto al pagamento di un assistente personale regolarmente assunto con contratto di lavoro stipulato dal beneficiario medesimo;
- Di aver letto e di accettare tutte le clausole dell'Avviso cui la presente domanda è diretta;
- Che il proprio Medico di Medicina Generale è (*specificare nome, cognome e numero di telefono*) _____

- Di essere a conoscenza che l'Ambito Territoriale N22, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000;
- Di essere informato che il Comune di Somma Vesuviana- Capofila Ambito N22, in qualità di titolare del trattamento, informa le persone fisiche interessate alla presentazione della presente domanda che il conferimento dei dati personali è obbligatorio e l'eventuale rifiuto o mancato conferimento desti stessi comporta l'impossibilità per il Comune di adempiere agli obblighi di legge e di dare esecuzione ai compiti di interesse pubblico o connessi all'esercizio di pubblici poteri. In tal caso non sarà possibile accedere al servizio di cui sopra. Il Comune invita gli interessati a prendere visione delle informazioni relative al trattamento dei dati personali di cui all'art.13 del GDPR, presenti presso gli sportelli degli uffici Settore Politiche Sociali e sul sito web del titolare.



Ambito Territoriale N 22
Comune di Somma Vesuviana – Capofila
Comuni di Brusciانو, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano,
San Vitaliano

Il sottoscritto/a

DICHIARA altresì

Di ritrovarsi nelle seguenti condizioni di bisogno:
(compilare a cura dell'interessato)

Limitazioni dell'autonomia:

Condizione familiare:

Condizione abitativa ed ambientale:

Condizione economica della persona con disabilità e della sua famiglia:

A TAL FINE ALLEGA:

- Certificazione Legge 104/92 art. 3
- Verbale di Invalidità Civile con una soglia almeno pari al 75%
- ISEE ristretto (socio-sanitario) in corso di validità
- Documento di riconoscimento del beneficiario e, se diverso, del dichiarante, in corso di validità
- Copia della Documentazione medica a supporto delle certificazioni
- Altro (specificare): _____

Data

Firma



Ambito Territoriale N 22
Comune di Somma Vesuviana – Capofila
Comuni di Brusciانو, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano,
San Vitaliano

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

Acquisite le informazioni di cui all’informativa fornita ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. consapevole che il trattamento riguarderà i dati “sensibili” come definiti all’art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *“i dati personali idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale”*

PRESTA

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell’ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che **il signore/a** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell’ambito del procedimento inerente la presente domanda, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____