

**Domanda per l’accesso al contributo delle persone disabili**

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e orario di ricezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schema di domanda relativa alla “MISURA PER L’IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DI AUTONOMIA FINALIZZATI ALL’INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE DISABILI”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Nome e Cognome**

Codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **CHIEDE**

di accedere ai benefici di cui alla “Misura per l’implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle persone anziane fragili e percorsi di autonomia finalizzati all’inclusione sociale delle persone disabili”

**A TAL FINE DICHIARA**

* di avere età pari o superiore a 16 anni;
* di essere residente nel Comune dell’Ambito presso il quale si sta presentando domanda di accesso ai benefici dell’avviso;
* di possedere un ISEE in corso di validità, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 inferiore o uguale a € 20.000,00 annui e di essere ricompreso in una delle seguenti fasce;
	+ - * + da € 0 a € 5.000,00
				+ da € 5.000,00 a € 10.000,00
				+ da € 10.000,00 a € 15.000,00
				+ da € 15.000,00 a € 20.000,00
* data di rilascio ISEE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* N° identificativo ISEE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di possedere un livello di compromissione funzionale che consente un percorso di acquisizione
* di abilità sociali e relative all’autonomia nella cura di sé e dell’ambiente di vita, nonché nella

vita di relazioni;

* di non frequentare in maniera sistematica e continuativa (=> 18 ore di frequenza) unità d’offerta o servizi a carattere sociale o socio-sanitario (il centro socio educativo, il servizio di formazione all’autonomia, ecc.);
* di non frequentare corsi di formazione professionale;
* di non essere preso in carico con progetti di accompagnamento all’autonomia DOPO di NOI (ex L. 112/2016 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”);
* di avere ottenuto il riconoscimento di invalidità civile in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, saranno soggetti alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell’art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000.

**DICHIARA INOLTRE**

* di impegnarsi a partecipare a un progetto individualizzato e a portare a termine le attività che verranno previste nel progetto sottoscritto;
* di essere consapevole che per gli utenti già ammessi non sarà possibile presentare una nuova domanda di accesso, qualora il percorso avviato in precedenza, a valere sul presente Avviso, sia stato interrotto per rinuncia in assenza di impedimenti che determinano l’impossibilità oggettiva a proseguire il percorso

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Titolare del trattamento dati

Ai sensi dell’articolo 28 del Regolamento UE 679/2016 il titolare del trattamento dei dati è la Giunta regionale della Lombardia, nella persona del Presidente pro tempore, con sede in Piazza Città di Lombardia, 1- 20124 Milano.

Responsabili esterni del Trattamento sono:

* Regione Lombardia è titolare del trattamento dei dati (come dettagliato nelle informative per il trattamento dei dati personali).
* L’ente capofila dell’Accordo di programma di Ambito/Ambiti è responsabile del trattamento dati.
* Lispa è responsabile del trattamento dei dati.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente o di un familiare/persona che ne ha la tutela

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

Si allegano:

* Documento ISEE
* Copia del documento d’identità del richiedente
* Modulo privacy sottoscritto
* Modulo dati per l’iscrizione agli interventi FSE