



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



ALLEGATO "A"

Missione 5-Componente 2 - Investimento 1.2 Percorsi di Autonomia per Persone con Disabilità

CUP: B24H22000080006

"Percorsi di autonomia per persone con disabilità"

ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome: _____
Nato/a a: _____ il: _____ sesso ☐ M ☐ F
Residente a: _____ CAP: _____ Provincia _____
Via _____

Domicilio: (se diverso dalla residenza)
a: _____ CAP: _____ Provincia _____ Via _____

Tel. _____ Cellulare _____
e-mail: _____ PEC: _____
Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

In qualità di: (barrare casella di riferimento)

- ☐ 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 _____

Presenta istanza per conto di: (Da compilare solo se diverso da diretto interessato)

Nome _____ Cognome: _____
Nato/a a: _____ il: _____ sesso ☐ M ☐ F
Residente a: _____ CAP: _____ Provincia _____
Via _____
Domicilio: (se diverso dalla residenza)
a: _____ CAP: _____ Provincia _____ Via _____
Tel. _____ Cellulare _____
e-mail: _____ PEC: _____
Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



CITTÀ DI POTENZA

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare al Progetto PNRR 1.2 “Percorsi di autonomia rivolti a persone con disabilità” - CUP
B24H22000080006 - che prevede le linee d'intervento: progetto individualizzato, lavoro e abitazione.

consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

in conformità a quanto previsto nell'avviso **“Percorsi di autonomia per persone con disabilità”** di essere:

- in possesso di certificazione di invalidità definita dalle Commissioni di cui alla L. 104/1992
- in possesso di riconoscimento della disabilità rilasciato dall'apposita commissione medica, ai sensi della L. 104/92;
- di essere residente in uno dei comuni indicati nell'Avviso (ATS Città di Potenza e Marmo Platano Melandro) e di avere un'età compresa tra i 18 anni e 55 anni;
- di essere cittadino italiano o di nazionalità europea o extraeuropea con permesso di soggiorno ai sensi del D.lgs 286/98 e simili;
- di acconsentire alla predisposizione del progetto individuale di vita e della Valutazione Multidimensionale – realizzata in collaborazione tra il servizio sociale comunale (del Comune di residenza del beneficiario) e l'equipe sanitaria individuata dall'Azienda Sanitaria di Potenza, per la definizione del Progetto Individuale di Vita utile e il riconoscimento dell'idoneità al percorso di cui al presente avviso.

Al fine di richiedere la predisposizione del progetto individuale di vita per la persona con disabilità e l'accesso al percorso per l'autonomia, allega alla presente istanza:

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento o di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento;
- Copia del documento attestante la certificazione di invalidità e il riconoscimento della disabilità;
- Autocertificazione stato di famiglia;
- Autocertificazione ISEE in corso di validità;
- Eventuale nomina di Amministratore di Sostegno o Tutore.

Inoltre,

DICHIARA

- di aver preso visione delle disposizioni e di quanto reso noto nell'Avviso Pubblico e di essere a conoscenza che, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, si potrà procedere a 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 aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata all'Avviso pubblico di cui trattasi.

Luogo e data _____, ____/____/____

Firma _____

Allegare: copia documento di identità del sottoscrittore se non firmata digitalmente