DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 3 "MEDIA VALLE DEL CRATI"

MONTALTO UFFUGO-BISIGNANO-CERZETO-LATTARICO-LUZZI-

ROTA GRECA-SAN BENEDETTO ULLANO-SAN MARTINO DI FINITA-TORANO

MODULO ISTANZA PROGETTO PNRR 1.2 – PERCORSI DI AUTONOMIA PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

Il/la sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

_____

Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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 _____
- ☐ ENTE/ASSOCIAZIONE_____
  _____

Ai fini della Valutazione Multidimensionale integrata per la definizione di un Progetto Individuale per l'erogazione di servizi afferenti al Progetto PNRR 1.2 in favore delle persone con disabilità;

PRESENTA ISTANZA IN FAVORE DI:

Beneficiario/a

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 3 "MEDIA VALLE DEL CRATI"

MONTALTO UFFUGO-BISIGNANO-CERZETO-LATTARICO-LUZZI-

ROTA GRECA-SAN BENEDETTO ULLANO-SAN MARTINO DI FINITA-TORANO

_____

Tel. _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO PNRR 1.2 – PERCORSI DI AUTONOMIA RIVOLTI A PERSONE CON DISABILITÀ

DICHIARA

□ Di comunicare tempestivamente eventuali altri motivi che facciano venire meno l'accesso alle prestazioni previste dal Progetto PNRR 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità;

□ Di consentire che il Case Manager (referente del progetto) nel corso dell'istruttoria verifichi la realizzazione del Piano Individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitori in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che l'inesistenza di alcun progetto o l'incongruenza tra il progetto dichiarato nella domanda e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto;

□ Di essere in possesso di certificazione di invalidità definita dalle Commissioni di cui all'art. 4 L. 104/1992 (persone in età lavorativa con minorazioni fisiche, sensoriali e con handicap intellettivo con percentuale certificata superiore al 45% e con una prognosi di collocabilità e invalidi del lavoro con capacità lavorativa superiore al 33%);

A TAL FINE ALLEGA

□ Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;

□ Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario

DICHIARA

Inoltre, di aver preso visione delle disposizioni e di quanto reso noto nell'Avviso Pubblico e di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, 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.

Luogo e data _____

Firma

_____