

BITTI, DORGALI, FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI,
OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE

Tel.0784216869 – Tel. 0784216892 – email: plus@comune.nuoro.it

ALLEGATO 1

MODULO DI DOMANDA “Vita Indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità”

Oggetto: Dichiarazione di disponibilità a partecipare a Progetto di Vita Indipendente e inclusione
nella società delle persone con disabilità.

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

e residente a _____ (_____) in Via _____ n.

Recapito telefonico _____

E-mail _____ pec _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e
dell’articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i.:

Per sé

Per il proprio amministrato o familiare (*Nome e Cognome*) _____

Nato/a a _____ (_____) il _____ C.F. _____

e residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____ pec _____

Di essere maggiorenne e non aver superato i 67 anni di età;

Di essere residente in uno dei 20 Comuni appartenenti all’Ambito PLUS di Nuoro;

In particolare di essere residente nel Comune di _____

Di essere interessato a partecipare al progetto di cui all’oggetto;

Di essere in possesso di uno dei requisiti di cui all’art.2 dell’avviso pubblico.

CHIEDE

BITTI, DORGALI, FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI,
OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE

Tel.0784216869 – Tel. 0784216892 – email: plus@comune.nuoro.it

di accedere al Programma: **“Vita Indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità”**.

Allega a tal fine:

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità, qualora l'istanza non sia sottoscritta digitalmente; in caso di presentazione della domanda da parte dell'amministratore di sostegno, del tutore, del curatore o di altro legale rappresentante, dovrà essere allegata altresì copia del documento di identità del medesimo.
- Fotocopia della Tessera Sanitaria;
- Fotocopia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n.104;
- certificazione attestante la disabilità mentale/intellettuale e/o psichica a cura del Centro di Salute Mentale dell'ASL di competenza;
- ISEE socio sanitario in corso di validità.

Luogo e data

Firma

Dichiara inoltre di essere informato/a che i dati forniti sono indispensabili per l'istruttoria della pratica e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, che include il trattamento informatico dei dati forniti, la trasmissione a terzi.

Dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente tutte le condizioni e disposizioni previste dall'Avviso Pubblico.

Luogo e data

Firma
