



CITTA DI POLICORO

PROVINCIA DI MATERA



C.A.P. 75025 - piazza A. Moro, 1 Telefono 0835 9019218 – Fax 0835 972114 Partita IVA 0111210779
e.mail: ai.vitali@policoro.basilicata.it - protocollo@pec.policoro.basilicata.it – www.policoro.basilicata.it – posta@policoro.basilicata.it

UFFICIO DI PIANO
AMBITO “METAPONTINO COLLINA MATERANA”
COMUNE CAPOFILIA POLICORO
COMUNI DI

ACCETTURA – ALIANO - CIRIGLIANO – COLOBRARO – CRACO - GORGOGNONE – MONTALBANO JONICO – NOVA SIRI – PISTICCI - ROTONDELLA –
SAN GIORGIO LUCANO – SAN MAURO FORTE - SCANZANO JONICO – STIGLIANO – TURSI – VALSINNI

ALLEGATO A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO

“DOPO DI NOI”

ANNO _____

Al Sig. Sindaco del COMUNE di _____

Il/La sottoscritto/a in qualità di
soggetto richiedente, nato a..... il.....residente a
.....in via n.
tel..... CF
indirizzo mail

Oppure, se impossibilitato/a

Il/La sottoscritto/a..... nato a.....
il.....residente ain via
..... n. tel.....
indirizzo mail

in qualità di:

- genitore del soggetto richiedente;
- familiare del soggetto richiedente;
- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto richiedente.

in favore di



nat. a..... il.....residente a
 in via.....n. ...CF

CHIEDE DI ACCEDERE A UNO DEI SEGUENTI SERVIZI:

(marcare un’opzione)

- Casa Famiglia** - “struttura residenziale con caratteristiche funzionali ed organizzative delle civili abitazioni, orientate al modello familiare. Garantisce prestazioni e servizi inclusivi a sostegno dell’autonomia individuale, sociale e lavorativa nonché laboratori abilitativi, formativi, ricreativi, espressivi e prestazioni sanitarie assimilabili alle forme dell’assistenza domiciliare”, per un modulo di massimo n. 5 ospiti;
- Gruppo Appartamento** – struttura residenziale a bassa intensità socio-assistenziale, volta a offrire permanenza temporanea (da due giorni a una settimana) in una soluzione abitativa extra-familiare, con caratteristiche funzionali e organizzative orientate al modello comunitario, a carattere professionale. Sono previsti, inoltre, i servizi di preparazione e somministrazione dei pasti nonché le altre attività della vita quotidiana, per un modulo di massimo n. 5 ospiti.

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste all’art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

il possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità richiesti dall’Avviso pubblico “Dopo di Noi”, ovvero (biffare le voci di interesse):

- di essere residente nel territorio dell’Ambito Metapontino Collina Materana, nel comune di _____;
- di avere un’età compresa tra i 18 e i 64 anni;
- che la condizione di disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- di essere in possesso di certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge 104/1992;
- di essere in possesso della certificazione di invalidità riconosciuta ai sensi dell’allegato 3 del DPCM 159/2013.



ALLEGA:

- copia del documento di identità e Codice Fiscale del/la richiedente e del/la beneficiario/a se non coincidenti;
- nei casi di persona disabile rappresentata da terzi, copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile;
- Certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992;
- Certificazione di invalidità ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013;
- ISEE socio sanitario del beneficiario per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria in corso di validità, calcolato secondo quanto previsto nell'art. 6 del DPCM 159/2013 s.m.i. (Rif. Regolamento di accesso ai servizi dell'ambito);
- Per i cittadini di Stati non aderenti alla UE: copia della carta o del permesso di soggiorno del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
- Potrà essere allegata alla domanda ogni altra documentazione utile ad attestare le condizioni di maggiore urgenza o di priorità previste (es: abitazione in locazione).

Il/La sottoscritto/a, informato ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 autorizza al trattamento dei dati personali, il Comune di Residenza, gli Uffici dell'Ambito territoriale e del Dipartimento per la Salute e le Politiche per la persona della Regione Basilicata.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'accesso ai diversi sostegni è subordinato alla definizione di un progetto personalizzato che sarà adottato, in seguito alla valutazione multidimensionale, da una equipe multiprofessionale, che garantirà la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave.

Luogo e data Firma

