*Spett.le Comune di ……*

**OGGETTO: presentazione istanza in materia di Vita Indipendente ed inclusione nella società di persone con disabilità**

Dati del beneficiario ***(da inserire anche se la domanda viene sottoscritta da un amministratore di sostegno/tutore)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La Sig./Sig.ra |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| nato/a a |  |  |  il  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Residente a |  |  | domiciliato/a a  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| tel. |  |  | indirizzo e-mail  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Codice Fiscale |  |  |  |

IBAN sul quale si desidera ricevere l’accredito in caso di riconoscimento del beneficio:

cc intestato a: …………………………………………………….

c/o: ……………………………………………………………….

IBAN………………………………………………………………

Consapevole delle risorse disponibili per l’Ambito n. 9 e per l’Ambito7 il sottoscritto chiede di poter attivare un progetto individuale per la Vita Indipendente per le seguenti aree di intervento (almeno 2 aree oltre all’Azione di sistema):

□ Assistente Personale

□ Forme dell’abitare in autonomia

□ Inclusione Sociale Relazionale

 □ Trasporto (individuabile solo se il progetto prevede anche Inclusione Sociale e Relazionale)

□ Domotica

 □ Azioni di sistema (solo se promosse e gestite da Agenzie di Vita Indipendente)

Consapevole delle sanzioni penali previste all’articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità e, a tal fine, dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dall’Avviso in oggetto:

* maggiore età (di norma)
* certificazione che attesti la condizione di disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse con la senilità (certificazione Legge 104/1992 ovvero invalidità civile);
* ISEE o sociosanitario <= a € 30,000,00 se grado di disabilità > al 67% o ordinario <= a € 30.000,00 se grado di disabilità <= al 67%

Si allega:

* Copia del documento di identità del beneficiario della misura (o del richiedente)
* Certificazione che attesti lo stato di handicap Lg. 104/1992 ovvero invalidità civile
* Attestazione ISEE sociosanitario o ordinario in corso di validità
* Progetto individuale

Data e luogo, …………………………………………….

FIRMA BENEFICIARIO

 ……………………………..

FIRMA (chi esercita la potestà genitoriale, tutore, amministratore di sostegno)

………………………………

Ai sensi del R. UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) l’Azienda Territoriale per i servizi alla persona, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.

La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell’accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell’Ufficio di Piano dell’Ambito distrettuale Bassa Bresciana Centrale, anche con l’ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell’informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

…………………………….. , il ……………………………

Firma …………………………………………………………