



Al Responsabile dell'Area Politiche Sociali e Culturali  
Del Comune di Sava

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEI PROGETTI INDIVIDUALI RELATIVI ALLA LINEA DI INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA' - MISSIONE 5 "INCLUSIONE E COESIONE", COMPONENTE 2 DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)**

**Il sottoscritto**

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Codice fiscale _____
Residente in via/P.za _____ a _____
Recapito Telefonico _____
Eventuale indirizzo e-mail _____

**In qualità di**

- Beneficiario;**
- Genitore/ familiare;**
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno del beneficiario;**  
(Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_)

**DICHIARA DI MANIFESTARE IL PROPRIO INTERESSE PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEI PROGETTI INDIVIDUALI RELATIVI ALLA LINEA DI INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA' - MISSIONE 5 "INCLUSIONE E COESIONE", COMPONENTE 2 DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) PER SE'/ IN FAVORE DI:**



**INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente)**

Cognome _____	Nome _____
Nato/a a _____	Prov. _____ il _____
Codice fiscale _____	
Residente in via/P.za _____	a _____
Recapito Telefonico _____	

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 46, 75, 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- a) Di avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni ;
- b) Di essere residente nel Comune di Sava;
- c) Di essere disponibile ad intraprendere un percorso di cohousing con altre persone con disabilità nel gruppo appartamento organizzato con i migliori sistemi di domotica disponibili sul mercato;
- d) Di essere disponibile ad intraprendere un percorso di formazione ad avviamento al lavoro , sulla base di un progetto personalizzato elaborato dalla équipe multidisciplinare;
- e) di essere in accertata condizione di disabilità ai sensi della Legge n. 104/92 art. 3, comma 1 e comma 3 o di una invalidità riconosciuta in base all'art. 1 della legge n. 68/99;;
- f) Che il beneficiario ha la seguente attestazione ISEE secondo le disposizioni del D.P.C.M. 159/2013 e relativi provvedimenti attuativi di riferimento in corso di validità al momento della presentazione della domanda

VALORE ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO \_\_\_\_\_

VALORE ATTESTAZIONE ISEE PER PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE \_\_\_\_\_

Che il nucleo familiare del beneficiario è composto da:

N.	Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di Nascita	Certificazione invalidità e grado
1				
2				
3				
4				
5				

- Di aver preso visione dell' *ALL'AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEI PROGETTI INDIVIDUALI RELATIVI ALLA LINEA DI INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI AUTONOMIA PER*



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



*PERSONE CON DISABILITA' - MISSIONE 5 "INCLUSIONE E COESIONE", COMPONENTE 2 DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)*

- e che sono posseduti i requisiti richiesti dallo stesso;
- Che il beneficiario acconsente alla valutazione multidimensionale della propria situazione personale, come previsto dall'Avviso pubblico;
- Che il beneficiario si impegna a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, decesso del beneficiario) del diritto di fruizione degli interventi all'Ufficio di Piano;

DICHIARA, INOLTRE CHE (barrare le opzioni corrispondenti)

- di essere in possesso di certificazione di disabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/1992 o di una invalidità riconosciuta in base all'art. 1 della legge n. 68/99 ;
  - di essere in possesso del verbale di valutazione dell'UVM o di averne richiesto l'attivazione alla PUA;
  - di essere mancante di entrambi i genitori , familiari o reti amicali o i cui genitori , per ragioni connesse , in particolare all'età , o alla propria situazione di disabilità , non sono più nelle condizioni di continuare a garantire loro, nel futuro prossimo, il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
- oppure
- di usufruire di altre misure e interventi, nello specifico:
    - PRO.V.I. Linea A, B e C;
    - SAD /ADI
    - Frequenza Centro Diurno
    - Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Luogo e data**

-----

**firma**

Firma del dichiarante o, in caso di minore e/o disabile di chi ne fa le veci

-----

---

### Informazioni relative al trattamento dei dati personali

ex art. 13 e 14 Reg. UE 2016/679

Titolare del Trattamento è il COMUNE DI SAVA – P.zza San Giovanni, 1 – Sava (TA) - Tel. 099.9727920 - PEC: comune.sava@pec.rupar.puglia.it. Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è contattabile al seguente indirizzo email: serviziordp@pa326.it. I dati personali forniti e rilevati nella presente scheda, nel rispetto delle vigenti disposizioni, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento del Progetto di inclusione e per i fini istituzionali del Comune di Sava..

I dati identificativi (comuni) potranno essere trattati per il perseguimento di un interesse pubblico, i dati particolari (es. relativi allo stato di salute), potranno essere trattati per il perseguimento di un interesse pubblico rilevante. I dati saranno conservati per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità e comunque non oltre il periodo prescritto dalla legge. Le informazioni fornite, potranno essere trattate solo da soggetti espressamente autorizzati (es. dipendenti dell'ente) o da soggetti esterni qualificabili quali Responsabili del trattamento e opportunamente nominati. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrebbe comportare l'annullamento del percorso di inclusione per impossibilità a realizzare gli obiettivi identificati.

Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli mandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa. L'interessato ovvero il soggetto avente titolo ad agire in suo nome e per suo conto potrà esercitare i diritti di cui agli art. 15-22 GDPR contattando il titolare o il DPO ai contatti innanzi richiamati. Con la sottoscrizione del presente documento, l'interessato dichiara di aver preso visione delle presenti informazioni e si impegna a condividerle con ulteriori soggetti i cui dati dovessero essere trasmessi con il presente modulo.

Sava, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**Allega alla presente:**

Fotocopia carta identità e codice fiscale del beneficiario;

Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del richiedente;

Eventuale verbale di valutazione UVM

Attestazione ISEE in corso di validità del beneficiario;

Verbale di invalidità civile;

Diagnosi specialistica rilasciata dal SSN o altra struttura Sanitaria accreditata;

Copia fotostatica della certificazione di invalidità rilasciata ASL/INPS

Copia documentazione di attestazione della tutela/curatela/amministrazione di sostegno per i richiedenti-tutori/curatori/amministratori di sostegno

Permesso di soggiorno per i richiedenti stranieri in corso di validità