

Modello 1

Al Comune di _____

Distretto Socio-Sanitario RM6.1

MODELLO DI ISTANZA PER L'ACCESSO AL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (<i>cognome</i>) _____ (<i>nome</i>) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (<i>cognome</i>) _____ (<i>nome</i>) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

in qualità di:

familiare

tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

altro (*specificare:* _____)

in favore di: (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso agli interventi previsti per il progetto di vita indipendente che saranno valutati in sede di UVM.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, non ch  della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilit  richiesti.

Dichiara altres :

- che il beneficiario non   attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

ALLEGA

1. copia del verbale Legge 104/92;
2. copia del verbale di invalidità civile;
3. eventuali certificazioni sociosanitarie che e/o ogni altra documentazione che attesti quanto dichiarato;
4. autodichiarazione (Modello 2);
5. attestazione ISEE in corso di validità (dell'interessato e del nucleo familiare);
6. autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti (Modello 3);
7. informativa Privacy firmata (Modello 4);
8. fotocopia del documento di identità del richiedente e per i cittadini di stati non aderenti alla UE copia della carta o del permesso di soggiorno;

COMUNICA

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
