



AMBITO  
**SOCIO-TERRITORIALE**  
LAGONEGRESE POLLINO

**COMUNE DI VIGGIANELLO**  
**CAPOFILA AMBITO SOCIO TERRITORIALE N. 2**  
**LAGONEGRESE-POLLINO**



Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Treccchina, Viggianello

**ALLEGATO A**  
**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI PER LA VITA  
INDIPENDENTE**

Al Sig. Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

prot. n° \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_

(Riservato all'Ufficio)

## **In caso di richiesta da parte del direttivo interno**

Il/La sottoscritto/a Cognome/Nome

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov.

e residente in

Via/P.zza n°

CAP Tel. Cell. Cell.

1000

### **In caso di presentazione da parte di altro soggetto referente**

## GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Il/La sottoscritto/a Cognome/Nome \_\_\_\_\_  
in qualità di *genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno/.....* del sopra indicato  
beneficiario: \_\_\_\_\_

nato/a il   |  |  |  |  |  |  |  |  | a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Stato civilea \_\_\_\_\_ Cittadinanzab \_\_\_\_\_

Estremi del documento di identità: tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Estremi del provvedimento nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):** \_\_\_\_\_

**NOTE:**

a Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a;Separato/a, Convivente.

b Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n.....

rilasciata alla Questura di ..... con scadenza il..... o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data..... Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data).....

## CHIEDE

di poter usufruire, sulla base del progetto allegato alla presente domanda e in base alla valutazione effettuata dalla UVM competente, del contributo previsto per la vita indipendente.

## A tale scopo

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000.

## 1. Dati generali

**a. che la persona beneficiaria:**

- intende avvalersi, a titolo oneroso di un assistente personale;  
ovvero  
 sostiene gli oneri per l'assistente personale;

**b.** che il valore dell'I.S.E.E. ordinario anno \_\_\_\_\_ del nucleo familiare della persona con invalidità è di € \_\_\_\_\_;

**2. Dati relativi all'assistente personale**  
**(Parte da compilare solo nel caso che il beneficiario si avvalga a titolo oneroso di un assistente personale)**

**Assistente personale assunto**

L'assistente personale \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, iscritto all'INPS con matr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, categoria o qualifica \_\_\_\_\_, è stato assunto con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona beneficiaria indicata in precedenza:  
- per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**3. Tipologia di riferimento del Progetto di vita indipendente proposto:**

1. Favorire l'acquisizione e il potenziamento di autonomie.
2. Favorire azioni di supporto finalizzate a garantire il diritto allo studio nonché l'attuazione di percorsi/interventi per l'inclusione socio-lavorativa.
3. Favorire l'accessibilità e la mobilità.
4. Favorire la permanenza nella propria abitazione e l'integrazione nel contesto sociale.
5. Favorire lo sviluppo di progetti di "abitare in autonomia".

**4. Delega alla riscossione**

Il/La sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità chiede che la liquidazione del contributo venga effettuata a

- Beneficiario  
 Richiedente

*con la seguente modalità:*

- Quietanza diretta intestata al  beneficiario  richiedente  
 Accreditamento bancario, intestato al  beneficiario  richiedente

cod. IBAN \_\_\_\_\_

**5. Collaborazione per l'aggiornamento**

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando con autocertificazione tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati.

**ALLEGÀ:**

- Certificazione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;  
 Certificazione ISEE del nucleo familiare ordinario in corso di validità;  
 Descrizione del Progetto di vita indipendente, redatto su apposito modulo (Allegato B del presente avviso), con precisazione delle richieste/proposte, della tempistica, delle possibili tipologie di intervento, della descrizione e quantificazione delle necessità, dei relativi costi;  
 Copia del contratto di lavoro stipulato con l'assistente personale e dichiarazione INPS di inizio del rapporto

di lavoro (codice del rapporto di lavoro INPS);

Fotocopia del documento di identità in corso di validità dell'interessato e di chi presenta la domanda;

Copia del verbale di invalidità di altri componenti del nucleo familiare anagrafico.

In fede

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

---

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sig./a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
(barrare la/e casella/e d'interesse)

-  per se stesso

-  in qualità di legale rappresentante (specificare:  tutore;  curatore;  amministratore di sostegno) della  
persona adulta con disabilità (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

-  in qualità di dichiarante (specificare:  coniuge;  figlio/a;  altro parente in linea retta o collaterale fino  
al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo  
stato di salute (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito  
del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nel rispetto del **REG. UE 679/2016** (GDPR)  
e ss. mm. e del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018;  
- di essere informato/a dei diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del **REG. UE 679/2016** (GDPR) e che il titolare  
del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Socio – Territoriale n. 2 “Lagonegrese Pollino”, e-  
mail: \_\_\_\_\_;

**ESPRIME**

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il  
quale sono resi;

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità  
alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in  
presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a  
copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la  
presentazione anche via telematica o a mezzo posta.