



Fare la spesa o acquisti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Preparare i pasti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavare biancheria e stoviglie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (istituto bancario, ufficio postale, anagrafe comunale, segreteria scolastica/universitaria, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Scrivere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Leggere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Comunicare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Utilizzare strumenti informatici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale per lo studio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale per frequenza corsi universitari e di formazione professionale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale nello svolgimento di attività lavorativa e/o tirocini	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale per l'inclusione socio-lavorativa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Spostarsi in carrozzina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aiuto nel camminare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento fuori casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento in vacanza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Guida dei mezzi a disposizione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Utilizzo di mezzi pubblici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento a visite mediche/esami clinici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento a trattamenti di riabilitazione/fisioterapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento presso barbiere/parrucchiere/estetista	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Supporto nell'esercizio delle responsabilità genitoriali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Supporto nella partecipazione a attività culturali e del tempo libero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Supporto/accompagnamento nello svolgimento di attività sportive	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza nella gestione di un alloggio in autonomia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro _____		
_____		
_____		
_____		

## 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.

### Condizione Sanitaria.

Riconoscimento della condizione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, con decorrenza dal \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cognome e nome del medico curante \_\_\_\_\_

### Condizione abitativa.

L'abitazione principale è

Di proprietà (o con mutuo)

- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto
- Altro

Presenta servizi igienici adeguati  Sì  No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali  Sì Esterne  Interne  No

Note \_\_\_\_\_

Dislocazione sul territorio rispetto ai servizi pubblici (negozi - trasporti – ecc.)

servita  poco servita  isolata

Note \_\_\_\_\_

### Situazione Socio Familiare

- Presenza di familiari conviventi
- Assenza di familiari conviventi
- Assenza di altri familiari nel Comune di residenza
- Presenza di altri familiari nel Comune di residenza

Nella descrizione della composizione del nucleo familiare si fa riferimento al nucleo anagrafico di residenza

Rapporto di parentela	Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Condizione lavorativa	Problematiche rilevanti

Nella colonna "Condizione lavorativa" va indicata la condizione di: 1. Disoccupato; 2 - Casalinga; 3 - Lavoratore autonomo; 4 - Lavoratore dipendente; 5 - Inabile al lavoro; 6 - Pensionato; 7 - Studente; 8 - Altro

Nella colonna "Problematiche rilevanti" va indicata con:

**A** la presenza persone anziane di età superiore ai 65 anni;

**B** la presenza di familiari con disabilità certificata

**C** la presenza di minori

**Fruizione di servizi ed interventi sociali e/ sanitari**

- Centro socio educativo diurno
  - Centro sanitario diurno
  - ADI
  - Servizio di assistenza domiciliare
  - Altro \_\_\_\_\_
- 

**Il sottoscritto inoltre dichiara:**

- di svolgere la seguente attività lavorativa \_\_\_\_\_
  - lavoro autonomo
  - lavoro dipendente presso \_\_\_\_\_
- Tempo determinato  fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Tempo indeterminato

- di svolgere / o avere in previsione di svolgere attività di stage presso \_\_\_\_\_

- di essere iscritto presso la Scuola \_\_\_\_\_  
del Comune di \_\_\_\_\_ e di frequentare il \_\_\_\_\_  
di anno di formazione

- di essere iscritto presso l'Università di \_\_\_\_\_  
Facoltà/Corso \_\_\_\_\_ e di frequentare il \_\_\_\_\_  
anno di corso

- di frequentare il corso di formazione professionale di \_\_\_\_\_  
Presso \_\_\_\_\_

- altro \_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**

1. Breve descrizione della situazione attuale rispetto al contesto di vita, situazione lavorativa o di studio

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Obiettivi di vita autonoma

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Caratteristica dell'assistenza personale richiesta:

*(specificare l'impiego orario settimanale, previsto per la figura di assistente personale, la forma di contrattualizzazione della persona interessata, il profilo richiesto, le principali mansioni affidatele)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

1. Tempi

La durata del progetto è di:

- 12 mesi, dalla data di validazione dell'istanza
- inferiore ai 12 mesi, mesi \_\_\_\_\_

2. Risorse finanziarie

Dettaglio delle risorse economiche necessarie alla realizzazione del Progetto:

spesa per la contrattualizzazione di un assistente personale e per i relativi oneri contributivi

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_

**per la copertura del quale si prevede una spesa complessiva per mensilità di €**

\_\_\_\_\_

Luogo, Data

IN FEDE  
(Firma del richiedente)

\_\_\_\_\_