



Piano di Zona
Monte Orfano

**ASSEMBLEA DEI SINDACI TAVOLO ZONALE DI
PROGRAMMAZIONE DELL'AMBITO N. 6 MONTE
ORFANO Comuni di Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco,
Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio**

COMUNI DELL'AMBITO N. 8
Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico,
Corzano, Dello, Lograto, Longhena,
Macclodio, Mairano, Orzivecchi, Orzinuovi,
Pompiano, Quinzano d'Oglio, San Paolo,
Villachiera

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PRO.VI ANNO 2024

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto destinatario
del beneficio nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
n. _____ Tel _____
e-mail: _____

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____
Tel. _____
e-mail: _____

in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, il/la
sig./sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____

Chiedo di poter attivare un progetto individuale per la Vita Indipendente in particolare per il
seguente intervento:

- ☐ Assistente Personale
- ☐ Abitare in autonomia
- ☐ Inclusione Sociale Relazionale

Il progetto della persona presa in carico deve prevedere almeno due macro-aree di intervento
previste dall'Ambito.

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 a tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto:

- persona maggiorenne la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- possesso della disabilità che non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologia connessa alla senilità.

Si allega:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti
- codice fiscale del beneficiario
- Attestazione di invalidità, accompagnata da un'adeguata ed aggiornata documentazione sanitaria
- ISEE in corso di validità
- Scale IADL/ADL sottoscritte dall'assistente sociale comunale
- Progetto individualizzato con il relativo quadro economico dettagliato suddiviso rispetto alle aree di intervento.

Il/la sottoscritto/a _____, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successivo regolamento 679/2016/UE, autorizza il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori di ASST e del Comune di residenza.

Luogo e data

Firma
