

**PROGETTI SPERIMENTALI DI VITA INDIPENDENTE**

**E INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DI PERSONE ADULTE CON DISABILITA'**

Al Protocollo Generale del Comune di Cava de' Tirreni  
Capofila Ambito Territoriale Sociale S2  
Piazza Abbro, snc – 84013 Cava de' Tirreni (SA)

**MODULO PRESENTAZIONE PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE ATTRAVERSO  
ASSEGNAZIONE CONTRIBUTO PER L' INCLUSIONE SOCIO-LAVORATIVA**

Il/La sig./a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Documento d'Identità \_\_\_\_\_

**MANIFESTA**

interesse ad accedere agli incentivi previsti dall'Ambito Territoriale Sociale S2 per la realizzazione del progetto di Vita Indipendente – Inclusione socio-lavorativa.

A tal fine,

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs., consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa,

**DICHIARA**

- di aver preso sufficiente visione dell'avviso pubblico in materia dell'Ambito Territoriale Sociale S2 e di accettarne incondizionatamente condizioni e prescrizioni ivi contemplate;
- di essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92;
- di essere in possesso di certificazione di invalidità pari ad almeno il 45%;
- di non essere beneficiario di altri contributi pubblici per la vita indipendente;
- di essere dimorante presso il proprio domicilio;
- di essere in stato di disoccupazione o inoccupazione;
- di essere idoneo a svolgere attività lavorativa;
- che per il progetto di vita indipendente che si intende realizzare richiede l'accesso all'Azione B:

**ASSEGNAZIONE CONTRIBUTO PER L'INCLUSIONE SOCIO-LAVORATIVA**

- di essere a conoscenza che sarà accordata preferenza alle persone con disabilità in condizione di maggiore bisogno in esito ad una valutazione multidimensionale, che tenga conto almeno delle limitazioni dell'autonomia, della condizione familiare, abitativa ed ambientale, nonché delle condizioni economiche.

- che nel nucleo familiare risultano presenti nn. \_\_\_\_ figli minori;

- che nel nucleo familiare risultano presenti nn. \_\_\_\_ anziani non autosufficienti;

- che nel nucleo familiare risultano presenti nn. \_\_\_\_ disabili;

- che nel nucleo familiare risulta presente un'alta problematicità causata da:

- devianza sociale
- problemi di salute
- problemi di disoccupazione
- problemi giudiziari
- dispersione scolastica
- basso livello di istruzione;

- che l'abitazione in cui vive è ubicata nel comune di \_\_\_\_\_  
alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_;

- che le condizioni dell'abitazione in cui vive sono inadeguate a causa di:

- persona senza fissa dimora o con alloggio improprio o ospite
- occupazione abusiva o sfratto esecutivo
- zona isolata
- spazio fruibile non sufficiente
- presenza di barriere architettoniche
- riscaldamenti assenti o inadeguati
- servizi igienici assenti o inadeguati
- umidità e fatiscenza degli ambienti;

-che ha insufficiente supporto della rete familiare e sociale;

-che vive in condizione di bisogno economico e senza aiuti da parenti o altre persone;

-che necessita di assistenza sociale pubblica per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale;

### **DICHIARA ALTRESI'**

che il progetto di vita indipendente che si intende realizzare, descritto in forma sintetica e successivamente da approfondire, è il seguente:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- di essere a conoscenza che la presentazione della presente manifestazione di interesse per l'accesso agli incentivi dell'Ambito Territoriale Sociale S2 per la vita indipendente prevede la successiva partecipazione all'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) per la valutazione sanitaria e sociale utile alla verifica dell'idoneità al lavoro;

- di essere a conoscenza che la presentazione della presente manifestazione di interesse per l'accesso agli incentivi dell'Ambito Territoriale Sociale S2 per la vita indipendente prevede il successivo effettivo accesso agli incentivi solo in caso di inserimento tra i progetti finanziati dall'Ambito;

- che la documentazione allegata è la seguente:

*(obbligatoria)*  copia documento di riconoscimento e codice fiscale della persona adulta con disabilità interessata, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

*(obbligatoria)*  certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92;

*(obbligatoria)*  certificazione di invalidità;

*(obbligatoria)*  verbale di accertamento della capacità globale ai fini del collocamento mirato;

*(obbligatoria)*  certificazione ISEE socio-sanitario (ATTENZIONE: relativamente all'ISEE, al fine di non determinare penalizzazioni a carico di persone con disabilità interessate ma prive di immediata disponibilità della relativa certificazione, si prevede la possibilità di procedere alla consegna anche in un secondo momento);

*(obbligatoria)*  Curriculum vitae e studiorum;

*(obbligatoria)*  Carico familiare

*(obbligatoria)*  Certificato di iscrizione collocamento mirato del UPLMO di Salerno;

*(facoltativa)*  ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione sanitaria e/o sociale

(specificare: \_\_\_\_\_)

---

---

)

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

---

**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, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e  
integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del  
procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e che il titolare del trattamento dei dati è  
l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale S2,  
e-mail: [amministrazione@pec.comune.cavadetirreni.sa.it](mailto:amministrazione@pec.comune.cavadetirreni.sa.it).

**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  
\_\_\_\_\_