

## ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**AVVISO PUBBLICO finalizzato all'individuazione dei beneficiari dei progetti relativi all'investimento 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" Avviso 1/2022 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Next Generation EU Missione 5 Inclusione e coesione – Componente 2 Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore – Sottocomponente 1 Servizi Sociali, disabilità e marginalità sociale**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome	Nome
Nato/a a	il
residente a	in Via
Provincia	CAP
CODICE FISCALE	
recapito telefonico	Eventuale cellulare
EMAIL	

In qualità di:

DIRETTO/A INTERESSATO/A

*OVVERO di:*

- genitore del soggetto richiedente;
- familiare del soggetto richiedente;
- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto richiedente

DATI DELLA PERSONA PER CUI SI CHIEDE IL BENEFICIO:

Cognome	Nome
Nato/a a	il
residente a	in Via
Provincia	CAP
CODICE FISCALE	
recapito telefonico	Eventuale cellulare
EMAIL	

### **CHIEDE DI PARTECIPARE ALLA SELEZIONE DI CUI ALL'AVVISO IN OGGETTO**

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.P.R. 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.P.R., consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D. Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D. Lgs. 101 del 10/08/2018, per il quale esprime il proprio consenso:

**DICHIARA**

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico in oggetto e di accettarne incondizionatamente condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

### **DICHIARA**

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente la partecipazione alla selezione di cui all'Avviso in oggetto:

- di essere cittadino:
- italiano o di uno Stato appartenente all'Unione Europea;
  - di uno Stato non appartenente all'Unione Europea ma in possesso di permesso di soggiorno CE ai sensi del D.lgs. n. 286/98 e ss.mm. ii.;
- di essere residente in uno dei Comuni afferenti al Distretto sociosanitario LT2 (Latina, Sabaudia, Sermoneta, Pontinia, Norma);
- di essere in possesso di certificazione ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 1 e 3 o di certificazione di invalidità ai sensi dell'art.1 della Legge 68/99;
- che la condizione di disabilità non è determinata dal processo di naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- che il proprio stato occupazionale è:
- occupato (svolge un'attività lavorativa retribuita dipendente o indipendente)
  - disoccupato (non ha lavoro ed è disponibile ad accettarlo)
  - inoccupato (non ha mai avuto un'esperienza lavorativa).
- che la propria condizione è la seguente (barrare una o più opzioni):
- mancante di entrambi i genitori;
  - famiglia monoparentale;
  - presenza nel nucleo di altre persone disabili;
  - inserito in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

### **ALLEGA**

- Copia documento di riconoscimento del beneficiario e del richiedente qualora diverso dal beneficiario;
- Copia codice fiscale del beneficiario e del richiedente qualora diverso dal beneficiario;
- Per cittadini extracomunitari copia titolo di soggiorno in corso di validità;
- Provvedimento di protezione giuridica del richiedente, qualora diverso dal beneficiario (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- Certificazione di disabilità ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 1 e 3 o di certificazione di invalidità ai sensi



dell'art.1 della Legge 68/99;

- Dichiarazione Sostitutiva Unico e modello ISEE del nucleo familiare di appartenenza del beneficiario, in corso di validità.

Luogo e data

---

Firma del richiedente

---