

COMUNE DI _____

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER PERCORSI DI AUTONOMIA, PERSONE CON DISABILITA' (P.N.N.R. INVESTIMENTO 1.2)

Il/La Sottoscritt _____
nat a _____ il _____
residente a _____ in via _____ - _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____
in qualità di :
- beneficiario
- altro _____

ADERISCE

alla manifestazione di interesse per i percorsi di autonomia per persone con disabilità, finanziati dall' investimento 1.2 del P.N.N.R.

A TAL FINE DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni **false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:**

- avere cittadinanza italiana, oppure in uno Stato appartenente all'Unione Europea, oppure cittadinanza in uno Stato non appartenente all'Unione Europea per i cittadini muniti di permesso di soggiorno CE ai sensi del D.lgs. n. 286/98 e ss.mm.ii.;
- essere in possesso della certificazione della legge 104/92 (art. 3 comma 1, oppure art. 3 comma 3);
- essere in possesso della certificazione di invalidità civile;
- eventuale iscrizione alla Legge 68/99;
- essere in età lavorativa;
- essere residente in uno dei Comuni del distretto sociosanitario D46 (Avola, Portopalo di C.P., Noto, Pachino, Rosolini).

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- 1) - copia carta d'identità del beneficiario;
 - 2) - copia eventuale carta d'identità dell'Amministratore di sostegno, del tutore o del curatore;
 - 3) - copia dell' eventuale provvedimento di protezione giuridica del beneficiario;
 - 4) - copia Verbale di accertamento dell'handicap;
 - 5) - copia Verbale di accertamento dell' invalidità civile;
 - 6) - per i cittadini extra comunitari copia del titolo di permesso di soggiorno in corso di validità;
 - 7) - isee di tipo sociosanitario in corso di validità del beneficiario (Facoltativo);
- eventuale verbale di valutazione UVM o altra documentazione utile alla equipe multiprofessionale per una corretta valutazione del caso.

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

IL RICHIEDENTE
