



COMUNE DI MATERA

 **Allegato A**

**OGGETTO: Domanda di partecipazione all’AVVISO PUBBLICO finalizzato all’individuazione dei beneficiari del progetto relativo alla linea di investimento 1.2. “Percorsi di autonomia per persone con disabilità”.**

Il/la sottoscritto/a:

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME  |   |
| NOME  |   |
| NATO A  |   | DATA DI NASCITA  |   |
| CODICE FISCALE  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| COMUNE DI RESIDENZA  |   |
| INDIRIZZO  |   |
| RECAPITO TELEFONICO  |   |
| EMAIL  |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Beneficiario diverso dal richiedente** |
| COGNOME  |   |
| NOME  |   |
| NATO A  |   | DATA DI NASCITA  |   |
| CODICE FISCALE  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| COMUNE DI RESIDENZA  |   |
| INDIRIZZO  |   |
| RECAPITO TELEFONICO  |   |
| EMAIL  |   |

 CHIEDE

☐ Per sé stesso

☐ Per altro beneficiario, come sopra indicato

Di partecipare alla selezione di cui all’Avviso in oggetto indicato

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/2000

- di conoscere ed accettare le condizioni (ai fini della redazione della graduatoria) contenute nell’Avviso Pubblico finalizzato all’individuazione dei beneficiari del progetto relativo alla linea di investimento 1.2 “Percorsi di autonomia per persone con disabilità”. Avviso 1/2022 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”;

- di avere residenza del Comune di Matera - Ambito territoriale Sociale Città di Matera;

- di essere in possesso di certificazione di disabilità rilasciata ai sensi della legge 104/92 (art.3, comma 3 oppure art.3, comma 1);

- di avere una età compresa tra i 18 anni ed i 64 anni;

- di essere care giver o rete familiare assente (tale requisito sarà rilevato dall’équipe del servizio sociale comunale anche con specifico riferimento all’assenza/carenza/inappropriatezza di una rete di supporto adeguata alla persona disabile).

- che il proprio stato di famiglia / che lo stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **cognome e nome** | **luogo e data di nascita** | **legame di parentela**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Allega presente domanda i seguenti documenti:

- eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e del richiedente, nel caso in cui la domanda sia presentata da un richiedente diverso dal beneficiario;

- certificato di disabilità (legge n. 104/1992 art. 3 comma 3 o art. 3 comma 1);

- curriculum vitae del beneficiario, redatto secondo i modelli in uso;

- Isee ordinario o socio-sanitario se in possesso dei beneficiario;

- eventuale ulteriore documentazione clinico – sanitaria del beneficiario.

 Luogo e data Il richiedente