



**Al Comune di Monterotondo  
Segreteria del Piano Sociale di Zona  
Piazza Frammartino, 4  
00015 MONTEROTONDO (RM)**

## **MODULO DI DOMANDA - PROGETTI "VITA INDIPENDENTE PERSONE CON DISABILITA'"**

*Da compilare se la domanda è presentata dal Beneficiario:*

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale _____ residente nel Comune di _____
_____ prov. _____ Via/Piazza _____
_____ n. _____ CAP _____ tel. _____
e- mail _____

*Da compilare se la domanda NON è presentata dal Beneficiario:*

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale _____ residente nel Comune di _____
_____ prov. _____ Via/Piazza _____
_____ n. _____ CAP _____ tel. _____
e- mail _____
in qualità di:
<input type="checkbox"/> familiare
<input type="checkbox"/> tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
<input type="checkbox"/> altro (specificare): _____ ;
convivente <input type="checkbox"/> si / <input type="checkbox"/> no,

in favore di (cognome) _____ (nome) _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____ Codice fiscale _____ residente nel Comune di _____ _____ prov. _____ Via/Piazza _____ _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ e-mail _____

consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell'art.76 del D.P.R.n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi degli articoli 47 e 75 del citato D.P.R., **CHIEDE** l'ammissione al Bando "Progetti Vita Indipendente Persone con Disabilità",

### DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;
- che l'interessato ha il riconoscimento di invalidità civile;
- che l'interessato non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- che la condizione economica del richiedente/beneficiario come derivante da attestazione I.S.E.E. socio-sanitario per prestazioni non residenziali, in corso di validità, è la seguente \_\_\_\_\_;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione alla Segreteria del Piano Sociale di Zona [ufficiodipiano@comune.monterotondo.rm.it](mailto:ufficiodipiano@comune.monterotondo.rm.it) all'attenzione della Dott.ssa Elisa Vinciguerra in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni;
- di impegnarsi, nel caso di ammissione al beneficio, a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, sollevando il Comune da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione ed omissione;
- di rendersi disponibile a fornire ogni ulteriore informazione all'Equipe multidisciplinare del servizio territoriale al fine della definizione di un progetto di intervento personalizzato;
- che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:  
 Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

n. _____	Comune _____	Via/Piazza _____	CAP _____	tel. _____
e-mail _____				

In considerazione della richiesta di vita indipendente il beneficiario può indicare il percorso auspicato sulla base di quanto specificato nel bando, per essere poi valutato in accordo con l'Equipe multi-professionale istituita.

---



---



---



---

---

---

---

---

**ALLEGA**

- a) verbale di riconoscimento dell'invalidità civile e attestazione della condizione di handicap grave ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge n. 104/1992;
- b) copia DSU e attestazione ISEE del nucleo ristretto in corso di validità;
- c) copia Documento di identità del richiedente (se diverso dal beneficiario del contributo);
- d) copia Documento di identità del beneficiario del contributo.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO:** Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi UE n.679/2016 e D.Lgs.n.196/2003 come aggiornato dal D.Lgs.n.101/2018 il sottoscritto autorizza il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico "Progetti Vita Indipendente Persone con Disabilità" e consapevole che Responsabile del Trattamento dei Dati Personali per le finalità suindicate è il Responsabile del Servizio Politiche Sociali del Comune di Monterotondo, Marco Montanari

**Firma del richiedente**

---