**All’Ufficio di Pino dell’Ambito S01\_1**

Via Libroia,1

 Pec: servizio sociale.professionale@pec.comnune.nocera-inferiore.sa.it

**Oggetto**: istanza di partecipazione **PER L’ATTIVAZIONE DI PROGETTI PERSONALIZZATI PER IL “DOPO DI NOI” PER PERSONE CON DISABILITA’ SENZA IL NECESSARIO SUPPORTO FAMILIARE** ex *Legge 22 giugno 2016, n. 112 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" azione a, b degli Indirizzi di Programmazione 2018*

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Oppure, se impossibilitato*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di rappresentante legale degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, sig./sig.ra:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Per il richiedente straniero) dichiara di essere in possesso del permesso di soggiorno (EE) con validità fino al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 In relazione all’Avviso Pubblico approvato con determina dirigenziale n. del e consapevole che la mancata rispondenza anche ad una soltanto delle condizioni di ammissibilità in esso indicate costituirà motivo di esclusione e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**CHIEDE**

di partecipare all’Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il “Dopo di Noi” per persone con disabilità senza il necessario supporto familiare

**Dichiara**

**Parte A**

di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità ed in particolare, che:

• la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

• di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell’art.3, comma 3 della legge 104/92 o di essere in possesso di invalidità con il beneficio dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18;

• di essere residente in uno dei comuni afferenti all’Ambito Sociale di Zona S01\_1 (Nocera Inferiore, Nocera Superiore, Castel San Giorgio, Roccapiemonte);

• di essere titolare di permesso di soggiorno (EE)

**Parte B**

dichiara altresì di essere in possesso di una o più delle seguenti priorità di accesso *(barrare la casella di interesse):*

* Persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali e che non percepiscono trattamenti in ragione della condizione di disabilità;
* persona con disabilità grave, con genitori che non sono in grado di fornire l’adeguato sostegno genitoriale per ragioni connesse all’età ovvero alla propria situazione di disabilità, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
* persona con disabilità grave, inserita in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare;
* persona con disabilità grave, di età compresa nel cluster 30/55 anni;

*Il sottoscritto/a, informato/a ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) GDPR 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, autorizza e manifesta l’intenzione libera, specifica, informata e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali che lo riguardano per la finalità previste dall’avviso pubblico.*

Si allega:

**PARTE A**

* documento di identità in corso di validità della persona disabile e di chi presenta la domanda stessa se non coincidente;
* certificazione medica attestante che la disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
* nei casi di persone disabili rappresentate da terzi: copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l’istante a rappresentare la persona disabile;
* certificazione di disabilità grave ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3 o di invalidità con il beneficio dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18;
* titolo di soggiorno se cittadino straniero (E.E)

**PARTE B** (*solo se in possesso dei requisiti relativi alle priorità di accesso*)

* ISEE ristretto;
* Certificazione sanitaria relativa allo stato di salute dei genitori (certificazione di disabilità di cui alla legge n. 104/92 o di invalidità con il beneficio dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o certificato medico rilasciato dal medico di medicina generale),
* Autocertificazione dalla quale si evinca che non percepisce ulteriori trattamenti economici in ragione della condizione di disabilità (esclusa pensione di invalidità e accompagnamento)
* Attestazione di inserimento in struttura residenziale

Indicare l’indirizzo di posta elettronica e il recapito telefonico per ricevere comunicazioni inerenti al progetto.

Napoli, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Firma del Richiedente il beneficio*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_