# Allegato A

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**AVVISO PUBBLICO**

**Finalizzato all’individuazione di persone con disabilità grave che intendono sperimentare dei percorsi di accompagnamento verso la vita autonomia nel periodo “durante noi” e “dopo di noi”.**

**Legge 112/2016 – A.D. N. 780 del 18/5/2021. CUP: H99I22000790003.**

Il/la sottoscritto/a:

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

* Per sé stesso

**CHIEDE**

* Per altro beneficiario di seguito indicato

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

|  |
| --- |
| **BENEFICIARIO (compilare se diverso dal richiedente)** |
| COGNOME |  |
| NOME |  |
| NATO A |  | DATA DINASCITA |  |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COMUNE DI RESIDENZA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| INDIRIZZO |  |
| RECAPITO TELEFONICO |  |
| EMAIL |  |

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. 445/00

* di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell’Avviso Pubblico relativo alla “SPERIMENTAZIONE DI PERCORSI DI ACCOMPAGNAMENTO VERSO LA VITA AUTONOMIA NEL PERIODO “DURANTE NOI” E “DOPO DI NOI”. - A.D. N. 780 DEL 18/05/2021”
* che il proprio stato di famiglia / che lo stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GRADO DI PARENTELA | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DICHIARA**

1. **Il possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità richiesti dall’Avviso pubblico, ovvero:**

 di essere maggiorenni;

 che la condizione di disabilitànon è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

 di essere in possesso di certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge 104/1992;

 di essere residente nell’Ambito territoriale di Gagliano del Capo;

 **2. Di trovarsi in condizione di priorità, in quanto**

 Facente parte di familiari di associazioni di persone con disabilità grave, che hanno messo a disposizione

 l’immobile;

Alla presente domanda devono essere obbligatoriamente allegati:

* Fotocopia carta d’identità del beneficiario e del richiedente, se diverso dal beneficiario;
* Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno)
* Certificazione ai sensi della l. 104/92 art. 3 comma 3;
* Dichiarazione ISEE in corso di validità;

# Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

Si informa che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all’esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l’esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell’art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

*Luogo e data Il richiedente*

-