**Modello di domanda - Allegato “A”**

**MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI**

**SPETT.LE**  **AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. \_\_\_\_\_\_**

**Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_**

**DOMANDA DI ACCESSO AL FINANZIAMENTO PER LA REALIZZAZIONE PROGETTO VITA INDIPENDENTE (ai sensi della L.R. 21/2018 della DGR n. 1696/2018 DGR 264/2025)**

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  COGNOME NOME  residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  in qualità di:  tutore  amministratore di sostegno  per conto di:  cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_  Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**CHIEDE**

in qualità di legale rappresentante del/lla Sig./Sig.ra (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di avviare un percorso sperimentale di vita indipendente ministeriale l’accesso ai finanziamenti statali e regionale, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall’articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000),

e a tal fine DICHIARA che la persona da me rappresentata

* vuole partecipare al Progetto sperimentale di vita indipendente di cui al Fondo Ministeriale L 77/2020 – DGR n. 1649/2018 finalizzato al pagamento dell’intervento relativo all’Assistente Personale.
* di non beneficiare del contributo relativo a:

- S.L.A.

- Vita Indipendente regionale.

- disabilità gravissima secondo il principio della temporalità

- servizi di sollievo

* si assumerà personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
* agirà in piena autonomia nell’individuazione dell’assistente personale;
* si assumerà, in qualità di datore di lavoro, tutti gli obblighi discendenti dall’instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l’assistente personale, nel rispetto della normativa vigente;
* autorizza l’invio della presente domanda al Servizio UMEA/CSM dell’AST di Ancona sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al fine della predisposizione del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e di acconsentire, sin d’ora, l’effettuazione della valutazione multidisciplinare da parte del predetto servizio e di accoglierne l’esito positivo o negativo;
* a fronte di un esito positivo, di autorizzare il servizio UMEA/CAM dell’AST di Ancona, sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ all’invio all’ATS 12 del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e della valutazione multidisciplinare risultante al fine dell’ammissione al finanziamento economico del progetto;
* accetterà l’esito della graduatoria redatta con i criteri indicati nell’avviso pubblico

Allega la seguente documentazione:

Copia della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell’art.3, comma 3 della legge 104/1992

Copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente disabile

Copia eventuale decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutore, curatore

Copia isee ordinario

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_\_\_ autorizza la raccolta ed il trattamento dei dati trasmessi con la presente richiesta esclusivamente per la procedura di cui in oggetto, ai sensi dell’Art.13 del D.lgs 196/2003 e dell’Art.13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_