

All'Ufficio di Piano del
PLUS Cagliari 21
Comune di Selargius
Via Istria n° 1
09047 Selargius

PEC: protocollo@pec.comune.selargius.ca.it

OGGETTO: Istanza per la candidatura alle attività di cui all'Avviso Pubblico "Individuazione dei cittadini beneficiari dei Progetti di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità – FNA 2023 – DPCM 21/11/2019 – DGR n. 07/11 del 28.02.2023 e n. 13/64 del 06.04.2023-" – Annualità 2025/26

Il/La sottoscritto/a _____

Cod.Fisc.(_____) nato/a il _____

a _____ Prov. _____

residente in _____ (Prov.) _____ (CAP) _____

Recapito telefonico _____ mail _____

In qualità di:

☐ Diretto interessato

☐ Tutore/ Amministratore di sostegno di: _____

Cod.Fisc.(_____) nato/a il _____

a _____ Prov. _____

residente in _____ (Prov.) _____ (CAP) _____

Recapito telefonico _____ mail _____

CHIEDE

Di poter partecipare alle attività di cui all'Avviso pubblico "Individuazione dei cittadini beneficiari dei Progetti di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità – FNA 2023 – DPCM 21/11/2019 – DGR n. 07/11 del 28.02.2023 e n. 13/64 del 06.04.2023 – Annualità 2025/26

A TAL FINE

ai sensi di quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base di dichiarazioni non veritiere prevista dall'articolo 75 del citato D.P.R.,

DICHIARA CHE IL CANDIDATO E':

1. cittadino residente nell'ambito territoriale del Plus Cagliari 21 (Comuni di Monastir, Monserrato, Nuraminis, Quartucciu, Selargius, Sestu, Settimo San Pietro, Ussana);
2. di età compresa tra i 18 e i 64 anni;
3. con disabilità certificata ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/1992 ss. mm. e ii., la cui disabilità non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

Si precisa che, nel caso di disabilità mentale e/o psichica, è necessario che i candidati siano in una condizione di stabilizzazione della patologia, la quale dovrà essere certificata dalle strutture sanitarie pubbliche o convenzionate che hanno in carico la persona.

DICHIARA, INOLTRE, CHE IL CANDIDATO E':

1. persona consapevole della propria disabilità e del rischio derivante dalla propria emancipazione;
2. persona disponibile a collaborare, per la piena realizzazione del progetto, con i servizi territoriali, sanitari e sociali, per la valutazione della sua situazione sociosanitaria e la condivisione di un progetto personalizzato.

Allega alla presente:

- ☐ copia documento d'identità e del codice fiscale del richiedente e del beneficiario, in corso di validità;
- ☐ eventuale decreto di nomina di tutore/amministratore di sostegno;
- ☐ verbale ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/1992 ss. mm. e ii.;
- ☐ relazione medica aggiornata, redatta dal medico specialista di riferimento, inerente la situazione sanitaria complessiva (diagnosi, presenza di ulteriori patologie oltre la principale, stabilizzazione della condizione patologica nel caso di disabilità mentale e/o psichica, ecc.);
- ☐ ISEE socio-sanitario del beneficiario, in corso di validità;
- ☐ informativa su trattamento dei dati personali.

Data e Luogo

Firma del dichiarante
