

Allegato A1 dell'Avviso

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
ALLA SPERIMENTAZIONE DELLA LINEA DI ATTIVITA'  
"PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ"  
CUP C44H22000210006**

Finanziamento dell'Unione Europea – Next Generation EU nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 5 *Inclusione e coesione* - Componente 2 *Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore* - Sottocomponente 1 *Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale*  
Investimento 1.2 *Percorsi di autonomia per persone con disabilità*

**DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'**

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____ residente in _____ Comune afferre la Zona Sociale 8, Via / P.zza _____ n. _____ CAP _____
domiciliato presso _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____
Indirizzo email _____
Codice Fiscale _____
Stato civile <sup>1</sup> _____
Cittadinanza <sup>2</sup> :
<ul style="list-style-type: none"><li>• cittadino italiano;</li><li>• cittadino comunitario;</li><li>• familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;</li><li>• cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;</li><li>• titolare di <i>status</i> di rifugiato (<i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i>) _____;</li><li>• titolare di <i>status</i> di protezione sussidiaria _____;</li></ul>

**GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITA'**

*(DA COMPILARE SOLO SE NECESSARIO)*

<sup>1</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>2</sup> Italiana; comunitaria; familiare extracomunitari di cittadino comunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno permanente/ cittadino extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia, esclusi i titolari di visto di breve durata.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_  
In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Via / P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Indirizzo email \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Visto l'Avviso pubblico – 1/2022 adottato con DM n. 5 del 15 febbraio 2022 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;

Vista la DGC n. 124 del 28.3.2022 con la quale è stata disposta la partecipazione al sopracitato Avviso pubblico 1/2022 della Zona Sociale 8, in ordine alla linea di Investimento 1.2 - *Percorsi di autonomia per persone con disabilità*;

Visto il Decreto Direttoriale n. 98 del 9 maggio 2022 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con il quale sono stati approvati gli elenchi degli Ambiti Sociali Territoriali ammessi al finanziamento nazionale;

Visto l'Accordo ai sensi dell'art. 5. Comma 6 del D.Lgs. 50/2016 per la realizzazione della Sottocomponente 1 (Missione 5 Componente 2) "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede progettualità per l'implementazione dell'Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità stipulato tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Comune di Foligno, in qualità di capofila della Zona Sociale 8, sottoscritto in data 25.8.2022;

Vista la DD n. 20 del 03/01/2025 con la quale è stato approvato e pubblicato l'Avviso pubblico per la presentazione delle domande di partecipazione alla sperimentazione della linea di attività "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" nell'ambito del PNRR – Investimento 1.2;

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

#### CHIEDE

in qualità di persona con disabilità di accedere o in qualità di legale rappresentante di far accedere la persona con disabilità (Nome \_\_\_\_\_/Cognome \_\_\_\_\_), come sopra rappresentata, alla sperimentazione della linea di attività "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" nell'ambito del PNRR – Investimento 1.2 e nello specifico di poter accedere alle seguenti linee di intervento:

a) **Definizione e attivazione del progetto individualizzato:** tale linea di intervento è funzionale a individuare gli obiettivi che si intendono raggiungere e i sostegni che si intendono fornire nel percorso verso l'autonomia abitativa e lavorativa, tramite accompagnamento e raccordo con i servizi territoriali,

in una prospettiva di lungo periodo e previa valutazione multidimensionale e interdisciplinare dei bisogni della persona con disabilità;

- b) **Abitazione: adattamento degli spazi, domotica e assistenza a distanza:** le persone con disabilità, in virtù del proprio progetto personalizzato, saranno avviate al percorso di autonomia abitativa in gruppi appartamento (GA) - individuati dalla zona sociale nei Comuni di Foligno e Gualdo Cattaneo e di proprietà pubblica - ove potranno sperimentare percorsi di autonomia in co-housing; ciascuna abitazione sarà personalizzata e dotata di strumenti e tecnologie di domotica e interazione a distanza, in base alle necessità di ciascun partecipante;
- c) **Lavoro: sviluppo delle competenze digitali per le persone con disabilità coinvolte nel progetto e lavoro anche a distanza:** tale linea è destinata a realizzare gli interventi previsti nei progetti personalizzati per sostenere l'accesso delle persone con disabilità al mercato del lavoro, attraverso:
- adeguati dispositivi di assistenza domiciliare e le tecnologie per il lavoro anche a distanza;
  - la formazione nel settore delle competenze digitali, per assicurare la loro occupazione, anche in modalità *smart working*;
  - la realizzazione di tirocini formativi, anche in modalità on line.

*Il programma personale dovrà comprendere le tre linee di intervento interconnesse tra loro, di cui la prima è propedeutica alle altre due.*

A tale fine

#### DICHIARA

#### CONDIZIONE DI DISABILITA'

di essere in possesso di **certificazione di disabilità ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 e art. 4** rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da \_\_\_\_\_, con verbale n. \_\_\_\_\_.

In particolare, di presentare una **minorazione**:

- fisica
- psichica
- sensoriale

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- stabilizzata
- progressiva

tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui **diagnosi principale** è:

Specificare inoltre:

Altre patologie presenti \_\_\_\_\_

Cognome e Nome del medico curante \_\_\_\_\_

Cognome e Nome dello specialista di riferimento \_\_\_\_\_

#### SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un **ISEE** del valore di: € \_\_\_\_\_ (all.1)

#### COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di nascita	Attività/Lavoro
I°						
II°						
III°						
IV°						

#### DICHIARA INFINE

- di godere dei diritti civili e politici. (I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria.);
- di avere in corso di svolgimento un progetto di *“vita indipendente”* o *“dopo di noi”* con scadenza il \_\_\_\_\_;
- in relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune di Foligno in qualità di titolare e responsabile, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa da parte della persona con disabilità in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).**

#### IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del  
Sig./Sig.ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

Firma \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di persona con disabilità o  
il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in  
qualità di legale rappresentante della persona con disabilità (nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_)

### DICHIARA INOLTRE

#### Gli obiettivi di vita che intende perseguire

**di voler** partecipare alla sperimentazione della linea di attività *“Percorsi di autonomia per persone con disabilità”* nell’ambito del PNRR – Investimento 1.2 indicando il percorso che intende realizzare (*barrare una delle seguenti voci*):

- **sperimentazione del percorso di autonomia a breve termine (palestra di autonomia);**
- **sperimentazione del percorso di autonomia nella prospettiva di medio-lungo termine (programma di prevenzione della istituzionalizzazione);**
- **sperimentazione del percorso di autonomia nella prospettiva di medio-lungo termine (programma di de-istituzionalizzazione);**

Specificare brevemente gli obiettivi di vita che la persona intende perseguire sul piano dell'autonomia abitativa e lavorativa: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

#### La propria condizione attuale:

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:
  - SI
  - NO
- Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo:
  - SI
  - NOSe SI, quale \_\_\_\_\_
- Esistenza di un progetto di *“vita indipendente”* o *“dopo di noi”* in corso:
  - SI
  - NO
- Svolgimento di un lavoro:

• SI

• NO

Se SI, quale \_\_\_\_\_

Specificare tipologia contratto \_\_\_\_\_

• Frequenza di un corso di studio:

• SI

• NO

Se SI, quale \_\_\_\_\_

• Possesso di patente di guida:

• SI

• NO

Se NO, indicare il mezzo con il abitualmente si sposta \_\_\_\_\_

• Beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari:

• SI

• NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, contributi economici ecc.) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare):

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

### **Bisogni e necessità della persona**

*Specificare brevemente i bisogni e le necessità in termini di supporti/sostegni di cui la persona necessita per intraprendere il percorso di autonomia abitativa e lavorativa:*

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

### **INOLTRE DICHIARA**

di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto

### INFINE SI IMPEGNA

a rendere le comunicazioni previste dall'art. 7 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del  
Sig./Sig.ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

\_\_\_\_\_

#### **Allegati:**

- 1) copia della certificazione ISEE, in corso di validità;
- 2) copia del documento di identità della persona con disabilità;
- 3) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata);
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo.