



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54
Comuni di
Castelvetrano - Campobello di Mazara
Partanna - Poggioreale - Salaparuta - Santa Ninfa
A.S.P.

Piazza G. Cascino, n. 8 – 91022 Castelvetrano (TP)
Tel. 0924/909133 Fax 0924/902203

pec: distrettod54@pec.comune.castelvetrano.tp.it

UFFICIO DI PIANO

Al Sindaco
C/o il Settore Servizi al Cittadino
Ufficio Servizi Sociali del
Comune di _____

OGGETTO: Istanza di partecipazione per progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità;

Dichiarazione sostitutiva resa a i sensi dell'Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/a sottoscritto/a _____ nata a _____

il _____ e residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ Cap _____ prov. _____ Tel _____

codice fiscale _____

CHIEDE

- di poter partecipare alle attività previste dal progetto *Vita Indipendente* per se stesso;
- di poter partecipare alle attività previste dal progetto *Vita indipendente* per il proprio familiare o soggetto tutelato _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____

A tal fine

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di _____ da almeno un anno;
- di avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni;
- di avere una condizione di grave non autosufficienza, con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita (L.104/92 - art. 3 comma 3 – invalidità civile e/o accompagnamento);
- di avere le condizioni familiari previste dall'avviso (Soggetti con disabilità che vivono da soli o con familiari di età superiori di anni 75 o in gravi condizioni di salute; Co-presenza di più disabili nello stesso nucleo o presenza simultanea di un anziano non autosufficiente convivente; Famiglia con disabile a carico dove è presente un solo genitore o familiare convivente; Presenza di un altro figlio di età inferiore ai 5 anni).

di vivere in una

- Abitazione in locazione;
- Abitazione di proprietà;
- Abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al numero di persone ben servito);
- Abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano il disabile nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi);
- Abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato).

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

n.	Cognome Nome	Rapporto Familiare	Luogo di nascita	Data di nascita	Convivenza

Il/a sottoscritto/a indica, inoltre, quale referente a cui rivolgersi in caso di necessità il Sig.

Cognome e Nome	Indirizzo	Recapito telefonico

Allega alla presente istanza:

- Copia del documento di riconoscimento del richiedente
- Copia del documento di riconoscimento del beneficiario
- Certificazione attestante il grado di disabilità del beneficiario;
- Attestazione ISEE ai sensi del DPCM 5 dicembre 2013 n. 159.

FIRMA

Il/a sottoscritto/a _____ ai sensi del decreto legislativo n. 196/03 - codice in materia di protezione dei dati personali - autorizza l'Ufficio al trattamento dei dati personali ai fini della suddetta richiesta.

_____, li _____

FIRMA
