



*Città di Pescara*  
Medaglia d'oro al Merito Civile  
*Area Città Vitale*  
*Settore Politiche per il Cittadino*  
*Servizio Politiche Sociali Famiglia e Disabilità*

## ALLEGATO A

Comune di Pescara  
Servizio "Politiche Sociali, Famiglia e Disabilità"  
Piazza Italia, 1 - 65121

**MODULO DI DOMANDA** – RICHIESTA DI PROSECUZIONE DELL'INTERVENTO NELL'AMBITO DEL "DOPO DI NOI" L. 112/2016.

### • DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Cognome e nome dell'utente \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ C.F. □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

E-mail \_\_\_\_\_ (campo obbligatorio)

### • DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Cognome e nome del Familiare / Tutore legale / Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ (campo obbligatorio)

**In qualità di** (barrare l'opzione corretta):

- Familiare
- Tutore legale
- Amministratore di sostegno
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

del Sig./Sig.ra cognome e nome: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ (campo obbligatorio)



*Città di Pescara*  
Medaglia d'oro al Merito Civile  
*Area Città Vitale*  
*Settore Politiche per il Cittadino*  
*Servizio Politiche Sociali Famiglia e Disabilità*

**CHIEDE LA PROSECUZIONE DELL'INTERVENTO/AZIONE**  
(barrare l'opzione del beneficio di cui si usufruisce):

- "b1"** - gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing di cui all'art. 3, comma 4, coordinati da un Ente gestore, i cui utenti danno luogo a una **"convivenza stabile"**

**E**

la continuità del "progetto personalizzato" redatto con valutazione multidimensionale da parte dell'UVM competente in data \_\_\_\_\_, con possibilità di rivalutazione, con l'equipe U.V.M. competente, qualora si ravvisi la necessità di effettuare una nuova visita.

**PERTANTO DICHIARA**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

- che il proprio nucleo familiare è composto come di seguito specificato (escluso l'istante):

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita	Certificazione di invalidità civile e/o riconoscimento Legge 104/92 e s.m.i.

- di aver preso visione di tutte le disposizioni contenute e richiamate nell'Avviso pubblico per la concessione del contributo in parola e di accettarne le condizioni senza riserva alcuna;
- di essere a conoscenza ed accettare che ogni comunicazione relativa alla presente procedura avverrà mediante indirizzo di posta elettronica indicato nella presente domanda;
- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 allegata all'Avviso pubblico;
- di essere a conoscenza delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 del D.lgs. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del predetto D.lgs.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegati obbligatori:**

- Copia del documento di identità, in corso di validità, dell'istante;



*Città di Pescara*

*Medaglia d'oro al Merito Civile*

*Area "Città Vitale"*

*Settore Politiche per il Cittadino*

*Servizio Politiche Sociali Famiglia e Disabilità*

- Copia della certificazione di disabilità grave dell'istante ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 3;
- Copia del regolare titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- Certificato dell'ISEE socio-sanitario dell'interessato (ristretto) come previsto dall'art. 6 del D.P.C.M. n. 159/2013.

Si allegano, altresì:

- Nei casi di persone disabili rappresentate da terzi: copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile unitamente a copia del documento d'identità;
- Copia certificazione attestante Invalidità civile dell'istante;
- Eventuale copia certificazione attestante Invalidità civile e/o certificazione L. 104/92 del familiare unitamente a copia del documento d'identità;
- Certificato dell'ISEE ordinario del nucleo familiare;
- Eventuale attestazione di inserimento in struttura residenziale di cui all'Art.4, c. 3, lettera c) del D. Interm. MLPS 23.11.2016.

Altro \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e della vigente normativa nazionale in materia.

Il sottoscritto ..... dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 allegata all'Avviso pubblico.

Pescara,

FIRMA

\_\_\_\_\_