



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Comune
di Collazzone



Comune
di Deruta



Comune
di Fratta Todina



Comune
di Marsciano



Comune
di Massa Martana



Comune
di Monte Castello
di Vibio



Comune
di San Venanzo



Comune
di Todi

Allegato A1 dell'Avviso

AL COMUNE DI MARSCIANO

Capofila della Zona Sociale n. 4

L.go Garibaldi , 1 – 06055 – MARSCIANO (PG)

con raccomandata a/r

oppure VIA PEC : comune.marsciano@postacert.umbria.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA SPERIMENTAZIONE DELLA LINEA DI ATTIVITA'
"PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ"
CUP J64H22000480007**

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 afferente la Zona Sociale 4, Via / P.zza _____	n. _____ CAP _____
_____ domiciliato presso _____	CAP _____
tel. _____	cell. _____
Indirizzo email _____	
Codice Fiscale _____	
Stato civile ¹ _____	
Cittadinanza ² :	
☐ cittadino italiano;	
☐ cittadino comunitario;	

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

² 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.



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



- ☐ familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;
- ☐ 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 _____;
- ☐ titolare di *status* di rifugiato (*indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data*) _____;
- ☐ titolare di *status* di protezione sussidiaria _____;

GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ'

(da compilare solo se necessario)

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;

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;

Vista la DGC n. 202 del 28/07/2022 del Comune di Marsciano – capofila della Zona Sociale n.4 dell'Umbria con la quale è stata disposta la partecipazione al sopracitato Avviso pubblico 1/2022 della Zona Sociale n.4, in ordine alla linea di Investimento 1.2 - *Percorsi di autonomia per persone con disabilità*;



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



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 Marsciano, in qualità di capofila della Zona Sociale n.4, sottoscritto in data sottoscritto in data 06/10/2022;

Vista la D.G.C. n.324 del 29/11/2022 con la quale è stata approvata la "Struttura Organizzativa Gestionale di Progetto" ed è stato dato mandato all'Area Socio-Educativa e Area Zona Sociale n.4 l'espletamento di tutti gli atti di competenza tra cui il presente Avviso pubblico;

Vista la Determinazione del Responsabile n. 912 del 02/12/2022 con la quale è stato approvato e pubblicato *Avviso pubblico per l'individuazione di persone interessate a partecipare alla sperimentazione della linea di attività "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" – M5C2 – Investimento 1.2* nell'ambito del PNRR;

Vista la Determinazione del Responsabile n. 131 del 12/02/2026 con la quale è stato approvato e pubblicato *Avviso pubblico per l'individuazione di persone interessate a partecipare alla sperimentazione della linea di attività "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" – M5C2 – Investimento 1.2* nell'ambito del PNRR;

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 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;



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



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 **attestazione di handicap ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 art.3 (comma 1 / comma 3)** rilasciata in data ____/____/____ da _____, con verbale n. _____ e/o certificazione rilasciata ai sensi della Legge 68/1999 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)



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



Comune
di Collazzone



Comune
di Deruta



Comune
di Fratta Todina



Comune
di Marsciano



Comune
di Massa Martana



Comune
di Monte Castello
di Vibio



Comune
di San Venanzo



Comune
di Todi

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO (STATO DI FAMIGLIA)

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.);
- ☐ 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 Marsciano 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 _____



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



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 :



P a g e . 7 | 10



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Comune
di Collazzone



Comune
di Deruta



Comune
di Fratta Todina



Comune
di Marsciano



Comune
di Massa Martana



Comune
di Monte Castello
di Vibio



Comune
di San Venanzo



Comune
di Todi

☐ 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):



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



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).



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



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;