



**UNIONE EUROPEA**  
Fondo sociale europeo



**Regione Lombardia**



POR FSE 2014-2020 / OPPORTUNITÀ E INCLUSIONE

**Distretto di TRADATE**



**Sportello di Cittadinanza**

*Comuni di: Castelseprio, Castiglione Olona, Gornate Olona, Lonate Ceppino, Tradate, Vedano Olona, Venegono Inferiore, Venegono Superiore*

## Domanda per l'accesso al contributo delle persone disabili

Data e orario di ricezione \_\_\_\_\_

Schema di domanda relativa alla "MISURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DI AUTONOMIA FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE DISABILI"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la richiedente \_\_\_\_\_  
**Nome** e **Cognome**

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### CHIEDE

di accedere ai benefici di cui alla "Misura per l'implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle persone anziane fragili e percorsi di autonomia finalizzati all'inclusione sociale delle persone disabili"

### A TAL FINE DICHIARA

- di avere età pari o superiore a 16 anni;
- di essere residente nel Comune dell'Ambito presso il quale si sta presentando domanda di accesso ai benefici dell'avviso;
- di possedere un ISEE in corso di validità, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 inferiore o uguale a € 20.000,00 annui e di essere ricompreso in una delle seguenti fasce;
  - da € 0 a € 5.000,00
  - da € 5.000,00 a € 10.000,00
  - da € 10.000,00 a € 15.000,00
  - da € 15.000,00 a € 20.000,00
- data di rilascio ISEE \_\_\_\_\_
- N° identificativo ISEE \_\_\_\_\_
- di possedere un livello di compromissione funzionale che consente un percorso di acquisizione di abilità sociali e relative all'autonomia nella cura di sé e dell'ambiente di vita, nonché nella vita di relazioni;

- di non frequentare in maniera sistematica e continuativa (=> 18 ore di frequenza) unità d'offerta o servizi a carattere sociale o socio-sanitario (il centro socio educativo, il servizio di formazione all'autonomia, ecc.);
- di non frequentare corsi di formazione professionale;
- di non essere preso in carico con progetti di accompagnamento all'autonomia (ex L. 112/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare");
- di avere ottenuto il riconoscimento di invalidità civile in data \_\_\_\_\_
- di aver ottenuto il riconoscimento di handicap grave di cui all'art. 3 della Legge 104/92 in data \_\_\_\_\_ (non è obbligatorio selezionare entrambe le voci);
- di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, saranno soggetti alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000.

### DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi a partecipare a un progetto individualizzato e a portare a termine le attività che verranno previste nel progetto sottoscritto;
- di essere consapevole che per gli utenti già ammessi non sarà possibile presentare una nuova domanda di accesso, qualora il percorso avviato in precedenza, a valere sul presente Avviso, sia stato interrotto per rinuncia in assenza di impedimenti che determinano l'impossibilità oggettiva a proseguire il percorso

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

#### Titolare del trattamento dati

Ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento UE 679/2016 il titolare del trattamento dei dati è la Giunta regionale della Lombardia, nella persona del Presidente pro tempore, con sede in Piazza Città di Lombardia, 1- 20124 Milano.

#### Responsabili esterni del Trattamento sono:

- Regione Lombardia è titolare del trattamento dei dati (come dettagliato nelle informative per il trattamento dei dati personali).
- L'ente capofila dell'Accordo di programma di Ambito/Ambiti è responsabile del trattamento dati.
- Lispa è responsabile del trattamento dei dati.

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

Firma del richiedente o di un familiare/persona che ne ha la tutela

\_\_\_\_\_