



## Comune di Siracusa

Al Distretto Socio-Sanitario 48

Comune di Siracusa

[serviziociali@comune.siracusa.legalmail.it](mailto:serviziociali@comune.siracusa.legalmail.it)



**Manifestazione di interesse per l'individuazione di beneficiari per la linea di intervento PNRR M5C2 Investimento 1.2. Percorsi di autonomia per persone con disabilità - HOUSING**

### Il/La Sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Prov Nascita \_\_\_\_\_ Stato Nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
Stato Residenza \_\_\_\_\_  
Tipo documento \_\_\_\_\_ Num. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

### CHIEDE

per se stesso;

nella qualità di (es. tutore, curatore, amm.re di sostegno, *care giver*)

per altra persona di seguito indicata:

sig./ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

recapito telefonico Numero \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### Di partecipare alla selezione di cui all'avviso in oggetto

*A tal fine consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità (condizione riferita al beneficiario della prestazione richiesta):*

**DICHIARA**

di manifestare il proprio interesse a candidarsi alla realizzazione di progetti di vita in autonomia e in co-housing per la linea di investimento 1.2 "Percorsi di Autonomia per persone con disabilità".

A tale scopo dichiara (riferito alla persona con disabilità):

- di avere età compresa tra i 18 e i 64 anni;
- di essere residente in uno dei comuni del Distretto Socio Sanitari n. 48;
- di essere in possesso di ISEE ordinario corrente;
- di essere disponibile a intraprendere un percorso di *cohousing* con altre persone con disabilità nei gruppi appartamento organizzati con sistemi innovativi di domotica e di strumentazione utile al potenziamento dell'autonomia e dell'indipendenza;
- di essere disponibile ad intraprendere un percorso di formazione e/o avviamento al lavoro, sulla base di un progetto personalizzato elaborato dalla equipe multidisciplinare e della propria condizione (disoccupato o occupato);

**DICHIARA, INOLTRE (barrare le opzioni corrispondenti):**

- di essere in possesso di certificazione di disabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/1992;
- di essere iscritto negli elenchi di cui alla Legge 68/1999;
- di essere in possesso del verbale di valutazione dell'UVM;
- di essere mancante di entrambi i genitori, familiari o reti amicali o i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età, ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nelle condizioni di continuare a garantire ~~loro~~, nel futuro prossimo, il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
- di svolger la seguente attività lavorativa \_\_\_\_\_;
- di avere un Isee ordinario in corso di validità di importo pari ad € \_\_\_\_\_;
- oppure*
- di essere inserito in struttura residenziale dalle caratteristiche diverse da quelle previste dall'art. 3, c.4 del DM 26/11/2016, e nello specifico: (indicare la struttura): \_\_\_\_\_
- di usufruire di altre misure e interventi, nello specifico:
- SAD/ADI/ADH
- Frequenza di Centro Diurno
- Altro (*specificare, ad es. Dopo di Noi, Assegno di cura, Home Care Premium, ecc...*)

---

**Allega alla presente domanda:**

- fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, dell'interessato e del soggetto sottoscrittore, se diverso dall'interessato;
- Verbale di invalidità civile e relazione conclusiva;
- diagnosi specialistica rilasciata da SSN o altra Struttura sanitaria accreditata;
- ISEE ordinario in corso di validità;
- decreto di nomina di eventuale tutore/amministratore di sostegno;

- eventuali verbale di valutazione UVM.