



Comune di Siracusa

Al Distretto Socio-Sanitario 48

Comune di Siracusa

servizisociali@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 Numerico _____ 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 innovati 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 équipe 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 svolgere 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;

- eventuale verbale di valutazione UVM,