



(Indicare estremi del provvedimento nomina (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

altro \_\_\_\_\_ (specificare) in favore di \_\_\_\_\_

- 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 dell'art.76 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

l'ammissione al "Progetto Vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità"  
- annualità 2017

#### DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'avviso pubblico;

- Di trovarsi in una delle seguenti condizioni (indicare con una X):

disabilità certificata ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/1992 ss. mm. e ii.;

disabilità mentale e/o psichica in carico al Centro di Salute Mentale territoriale.

- Che la composizione attuale del nucleo dove vive il destinatario è la seguente:

	I° COMPONENTE	II° COMPONENTE	III° COMPONENTE	IV° COMPONENTE
COGNOME/ NOME				
RELAZIONE				
LUOGO DI NASCITA				
DATA DI NASCITA				
PROFESSIONE				

**QUADRO C – INFORMAZIONI SULL’ABITAZIONE**

L’abitazione principale è situata in:

Via/P.zza \_\_\_\_\_ vani n. \_\_\_\_\_

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto con contratto canone annuo previsto nel contratto
- Altro \_\_\_\_\_

Presenta servizi igienici adeguati  Sì  No

Ha una superficie adeguata al numero di persone conviventi  Sì  No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali  Sì  Esterne  Interne  No

**QUADRO D – INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE SANITARIA/LAVORATIVA**

Riconoscimento stato di handicap (Legge 104/1992)

Invalidità civile SI  |\_\_|\_\_|\_\_| % NO

Percepisce indennità di accompagnamento? SI  NO

**Dichiara, inoltre, di:**

aver percepito nell’anno 2018 i seguenti emolumenti:

-Pensione Invalidità civile	Importo annuale € _____
-Indennità di accompagnamento	Importo annuale € _____
-Assegno sociale	Importo annuale € _____
-Pensioni o indennità INAIL	Importo annuale € _____
-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	Importo annuale € _____

**Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:**

- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni

Importo annuale € \_\_\_\_\_

- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici

Importo annuale € \_\_\_\_\_

- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche

Importo annuale € \_\_\_\_\_

- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne

Importo annuale € \_\_\_\_\_

-Altri contributi da Comuni e ATS - ASSL Importo annuale € \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_ Importo annuale € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Importo annuale € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Importo annuale € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Importo annuale € \_\_\_\_\_

Cognome e nome del medico curante \_\_\_\_\_

Cognome e nome dello specialista di riferimento \_\_\_\_\_

**Dichiara, inoltre, di:**

Svolgere un lavoro? SI  NO

Se SI, quale?

\_\_\_\_\_

Seguire un corso di studio? SI  NO

Se SI, quale?

\_\_\_\_\_

Essere in possesso di patente di guida? SI  NO

Se NO, con quale mezzo abitualmente si sposta?

\_\_\_\_\_

La zona in cui abita è adeguatamente servita dai mezzi pubblici di trasporto? SI  NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche

\_\_\_\_\_

E' seguito da servizi territoriali sociali e/o sanitari? SI  NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni beneficia (assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno, specificando modalità e tempi es. ore settimanali di assistenza domiciliare, etc.).

---



---



---

**QUADRO E – INFORMAZIONI SUL FUNZIONAMENTO NELLE ATTIVITÀ FONDAMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA E SUL GRADO DI COMPROMISSIONE NELLE ATTIVITÀ STRUMENTALI**

**Necessita di assistente personale per le seguenti attività:**

Alzarmi da letto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Coricarmi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavarmi mani e viso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavarmi capelli e pettinarmi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Usare i servizi igienici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Igiene intima	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fare il bagno o la doccia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vestirmi e spogliarmi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza notturna	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pulire la casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Riordinare la casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fare la spesa o acquisti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Preparare i pasti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mangiare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Bere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavare biancheria e stoviglie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Utilizzare strumenti informatici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (banca, posta, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza per lo studio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale in ambito universitario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento al lavoro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aiuto sul posto di lavoro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Spostarsi in carrozzina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aiuto nel camminare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento fuori casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento a visite mediche/esami clinici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento a trattamenti di riabilitazione/fisioterapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento in vacanza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assumere medicinali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Utilizzo di mezzi pubblici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Scrivere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Leggere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Comunicare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aiuto nella gestione dei figli minori	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Attività culturali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tempo libero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Attività sportive	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Viaggi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Specificare, laddove si ritenga necessario, le attività sopra indicate:

---



---



---



---



---

Attualmente si avvale già dell'aiuto di un assistente personale/operatore socio sanitario/ educatore professionale con spese a suo carico?

SI  NO

Se SI, per quante ore settimanali: |\_\_|\_\_|\_\_| ad un costo di € \_\_\_\_\_

Giorni \_\_\_\_\_ Orari \_\_\_\_\_

Totale ore settimanali \_\_\_\_\_

Indicare quali eventuali altre persone sono coinvolte nella sua assistenza, anche se non conviventi, chiarendo il rapporto di parentela o relazione, per quali attività e per quanto tempo l'assiste, evidenziando, se presenti, le problematiche che ne derivano:

1)

---



---

2)

---



---

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che, in caso di erogazione di una prestazione agevolata, potranno essere eseguiti i controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e tutte le banche dati in uso al corpo e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D. Lgs. 31 marzo 1998 n. 109 e art. 6, comma 3, del DPCM 7 Maggio 1999, n. 221, e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RESA**  
**AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

**Ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento, La informiamo che:**

- 1) I suoi dati personali verranno trattati per le seguenti finalità: svolgimento della procedura per la valutazione delle domande di contributi per l'ammissione al progetto di vita indipendente della annualità 2017, compreso l'eventuale utilizzo di graduatorie, per l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri affidati all'Ambito Territoriale Plus Ogliastra. I dati saranno trattati per il tempo necessario alla definizione delle graduatoria dei potenziali destinatari e, in caso di individuazione, per tutto il periodo in cui intercorre il progetto e, successivamente alla cessazione, per gli eventuali adempimenti di obblighi di legge in conformità alle norme vigenti sulla conservazione degli atti amministrativi e di rendicontazione.
- 2) I dati verranno trattati prevalentemente con strumenti informatici e telematici, con modalità di organizzazione ed elaborazione, correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza
- 3) Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'espletamento della procedura di individuazione dei destinatari; l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata possibilità di partecipazione alla procedura stessa.
- 4) Possono venire a conoscenza dei dati in questione, per il conseguimento delle finalità sopra indicate, il Responsabile dell'Area Sociale, scolastica e culturale del Comune di Tortolì che emana l'Avviso Pubblico, il responsabile del procedimento, il personale incaricato della gestione delle diverse fasi del procedimento, i componenti dell'equipe multidisciplinare.
- 5) Il Titolare del trattamento è: il Comune di Tortolì, ente capofila dell'Ambito Territoriale Plus Ogliastra, Via Garibaldi n. 1, 08048 Tortolì PEC: [protocollo@pec.comuneditortoli.it](mailto:protocollo@pec.comuneditortoli.it), per il tramite dei contatti indicati nell'avviso pubblico al rubricato "14. INFORMAZIONI PROCEDIMENTALI".
- 6) L'individuazione dei destinatari verrà pubblicata mediante l'indicazione del numero decrescente del destinatario, in forma anonima, e con la sola indicazione del numero di protocollo generale attribuito in sede di presentazione della domanda.
- 7) Al termine della procedura, nei limiti pertinenti le finalità sopra indicate, i dati del destinatari potranno essere comunicati a soggetti terzi, in conformità agli obblighi previsti da leggi, regolamenti, normativa nazionale e comunitaria, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate da organi di vigilanza e di controllo, ai sensi dell'art. 6 del Reg. UE 2016/679.
- 8) In qualità di interessato, il beneficiario ha il diritto di chiedere al Titolare l'accesso ai dati personali che lo riguardano nonché di esercitare i diritti di cui agli articoli 15 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 tra cui richiedere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento presentando apposita istanza al contatto di cui al precedente punto 5.
- 9) In qualità di interessato, ricorrendone i presupposti, il destinatario può presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali quale autorità di controllo secondo le procedure previste.

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Per presa visione

Data \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_

**Si allega alla presente:**

- certificazione relativa all'indicatore della situazione economica equivalente ISEE 2019;
- fotocopia dell'eventuale decreto di tutela, curatela o amministrazione di sostegno;
- fotocopia di documento d'identità del richiedente e del destinatario.

**OPPURE****QUADRO F - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE<sup>1</sup>**

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

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 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante (firma per esteso)

Firma \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.