



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali



AMBITO TERRITORIALE N 15 LEGGE 328/00

Comuni di Marano di Napoli e Quarto

Comune Capofila: Marano di Napoli

UFFICIO DI PIANO

AVVISO PUBBLICO

**Manifestazione di interesse per la selezione di beneficiari per la linea di intervento 1.2 – “Percorsi di autonomia per persone con disabilità”
PNRR Missione 5 – Componente 2**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, residente in _____ alla Via _____ n. _____, C.F. _____, recapito telefonico _____, e-mail _____

CHIEDE

- per se stesso
- per altro beneficiario di seguito indicato:

sig./ra _____ nato a _____ il _____, residente in _____ alla Via _____ n° _____ C.F. _____, recapito telefonico _____

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 artt. 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 conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso pubblico, approvato con Determina dell'Ufficio di Piano Ambito N15 n. 361 del 18/10/2023;
- di essere in possesso di certificazione ai sensi della Legge 104/92 art.3 comma 1 o comma 3 o certificazione di invalidità ai sensi dell'art. 1 della Legge 68/99;
- che il proprio stato di famiglia/lo stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

<i>Cognome e nome</i>	<i>Età</i>	<i>Grado di parentela</i>	<i>Attività lavorativa</i>	<i>Il soggetto dispone del seguente verbale/certificazione:</i>
				<input type="checkbox"/> L. 104/1992 art. 3 , comma 1 <input type="checkbox"/> L. 104/1992 art. 3 comma 3 <input type="checkbox"/> L. 68/1999, art. 1
				<input type="checkbox"/> L. 104/1992 art. 3 , comma 1 <input type="checkbox"/> L. 104/1992 art. 3, comma 3 <input type="checkbox"/> L. 68/1999, art. 1
				<input type="checkbox"/> L. 104/1992 art. 3 , comma 1 <input type="checkbox"/> L. 104/1992 art. 3, comma 3 <input type="checkbox"/> L. 68/1999, art. 1
				<input type="checkbox"/> L. 104/1992 art. 3 , comma 1 <input type="checkbox"/> L. 104/1992 art. 3, comma 3 <input type="checkbox"/> L. 68/1999, art. 1
				<input type="checkbox"/> L. 104/1992 art. 3 , comma 1 <input type="checkbox"/> L. 104/1992 art. 3, comma 3 <input type="checkbox"/> L. 68/1999, art. 1
				<input type="checkbox"/> L. 104/1992 art. 3 , comma 1 <input type="checkbox"/> L. 104/1992 art. 3, comma 3 <input type="checkbox"/> L. 68/1999, art. 1

a) Che il destinatario del beneficio richiesto risulta:

- usufruire dell'assegno di cura;
- usufruire di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente Pubblico (Indicare quale:);
- usufruire di altro sostegno economico (ad es. Reddito di Cittadinanza, Pensione di Cittadinanza, sostegno economico comunale ecc.. Indicare quale.....);
- Altro (es. laboratori privati, riabilitazione)_____.

Documenti allegati:

- Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno)
- Copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del beneficiario;
- Per cittadini extracomunitari: copia titolo di soggiorno in corso di validità;
- Verbale di accertamento dell'handicap (art. 3, comma 1 o comma 3 Legge 104/92) o certificazione di invalidità di cui all'art. 1 della Legge 68/1999;
- Curriculum Vitae;

AUTORIZZA

Il trattamento dei dati personali per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il Richiedente/Il Beneficiario

(luogo)

(data)
