



Area Welfare  
Servizio Politiche di Inclusione Sociale

## Modello di domanda Allegato A

inclusione.sociale@pec.comune.napoli.it

Il/La sig./a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Documento d'Identità \_\_\_\_\_

### MANIFESTA

interesse ad accedere agli incentivi previsti per la realizzazione del progetto di vita indipendente e inclusione nella società di persone adulte con disabilità- annualità 2019

***(barrare la/e casella/e d'interesse)***

-  per sé stesso

-  in qualità di legale rappresentante (specificare:  tutore;  curatore;  amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento d'Identità \_\_\_\_\_

-  in luogo (specificare:  coniuge;  figlio/a;  altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute \_\_\_\_\_ (nome \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_



Area Welfare  
Servizio Politiche di Inclusione Sociale  
Documento d'Identità \_\_\_\_\_

A tal fine;

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.;

consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa;

**DICHIARA**

- di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

**DICHIARA**

**con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente**

- di essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3;
- che per il progetto di vita indipendente che si intende realizzare richiede l'accesso a una o più delle seguenti azioni (*barrare la/e casella/e di interesse*):

- A) Erogazione di incentivi economici per l'assunzione di un assistente personale  
 B) Erogazione di incentivi economici per l'abitare in autonomia

**Si allega:**

copia documento di riconoscimento della persona adulta con disabilità interessata e richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

(*solo ed esclusivamente se del caso*)  copia documento del richiedente (se differente dalla persona adulta con disabilità), in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3;

ISEE Ordinario valido

(*facoltativa*)  ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione sanitaria e/o sociale (specificare: \_\_\_\_\_)

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_



Area Welfare  
Servizio Politiche di Inclusione Sociale

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sig./a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
(barrare la/e casella/e d'interesse)

-  per se stesso

-  in qualità di legale rappresentante (specificare:  tutore;  curatore;  amministratore di sostegno) della  
persona adulta con disabilità (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

-  in qualità di dichiarante (specificare:  coniuge;  figlio/a;  altro parente in linea retta o collaterale fino  
al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse  
allo stato di salute (nome e cognome)  
\_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e che il titolare del trattamento dei dati è il comune di Napoli;

**ESPRIME**



Area Welfare

Servizio Politiche di Inclusione Sociale

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_