

**DOMANDA PER LA REALIZZAZIONE DI UN PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE (PRO.VI.)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di soggetto destinatario  
del beneficio nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Oppure se impossibilitato/a

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio,

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Chiede di poter attivare un progetto individuale per la Vita Indipendente per i seguenti interventi:

- Assistente Personale
- Abitare in autonomia
- Inclusione Sociale Relazionale (percorsi di orientamento al lavoro)

Il progetto della persona presa in carico deve prevedere l'attivazione di almeno 2 macro-aree di intervento.

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità a tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto:

- persona maggiorenne la cui disabilità non sia determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- in possesso di una certificazione di disabilità che non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologia connessa alla senilità.

Si allega la seguente documentazione:

1. copia del documento d'identità e tessera sanitaria del/la beneficiario/a dell'intervento;
2. copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento;
3. copia codice fiscale del/la beneficiario/a;
4. copia di attestazione di invalidità/handicap;
5. copia di attestazione ISEE in corso di validità;
6. copia della valutazione (scale IADL e ADL) per la rilevazione del grado di autonomia, redatta e sottoscritta dall'assistente sociale del Comune;
7. relazione rilasciata dal Servizio Sociale Comunale attestante la situazione familiare abitativa, ambientale ed economica, oltre ad altri eventuali elementi utili alla valutazione di bisogni e del contesto.

Comunica i seguenti dati per l'accredito dell'eventuale sostegno economico derivante dall'Avviso:

c/c Bancario n° \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

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

Banca \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_

codice IBAN \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente eventuali variazioni dei dati sopra indicati.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successivo regolamento 679/2016/UE, autorizza il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale misura è subordinato alla redazione di un progetto individuale, previa valutazione multidimensionale da parte degli operatori di ASST Garda e dell'assistente sociale del Comune di residenza.

Luogo e data,

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_