

BITTI, DORGALI, FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI,  
OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE

Tel.0784216869 – Tel. 0784216892 – email: plus@comune.nuoro.it

## ALLEGATO 1

### MODULO DI DOMANDA “Vita Indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità”

**Oggetto: Dichiarazione di disponibilità a partecipare a Progetto di Vita Indipendente e inclusione  
nella società delle persone con disabilità.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n.

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

### CONSAPEVOLE CHE

- Le persone ammesse al percorso di inclusione saranno individuate di concerto con i servizi socio sanitari, sulla base di un accurata e documentata analisi di un evidente fabbisogno di protezione e inclusione sociale nello specifico contesto di riferimento, nonché di una effettiva possibilità di affrontare i percorsi proposti;
- I destinatari individuati beneficeranno di un percorso di accesso e presa in carico;
- si darà luogo ad una Lista d’Attesa nel caso in cui il numero delle richieste sia superiore ai 6 posti disponibili, in base a quanto previsto dall’avviso pubblico;
- In caso di parità di merito, si procederà alla valutazione dell’attestazione ISEE del nucleo familiare ristretto in corso di validità, e avrà la precedenza il beneficiario il cui ISEE è inferiore.

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell’articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i.:

Per sé

Per il proprio amministrato o familiare (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

BITTI, DORGALI, FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI,  
OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE

Tel.0784216869 – Tel. 0784216892 – email: plus@comune.nuoro.it

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

- Di essere maggiorenne e non aver superato i 64 anni di età;
- Di essere residente in uno dei 20 Comuni appartenenti all'Ambito PLUS di Nuoro;
- In particolare di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_
- Di essere interessato a partecipare al progetto di cui all'oggetto;
- Di essere in carico al seguente servizio socio-sanitario (specificare indirizzo del servizio e medico di riferimento) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Di essere in possesso di uno dei seguenti riconoscimenti:
  - Documentazione attestante disabilità mentale/intellettiva e/o psichica in carico al Centro di Salute Mentale dell'ASL di competenza;
  - Disabilità grave di cui alla legge 104/1992, art. 3;

### CHIEDE

di accedere al Programma: **“Vita Indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità”**.

Allega a tal fine:

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità, qualora l'istanza non sia firmata digitalmente;
- Fotocopia della Tessera Sanitaria;
- Fotocopia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n.104;
- certificazione attestante la disabilità mentale/intellettiva e/o psichica a cura del Centro di Salute Mentale dell'ASL di competenza;



BITTI, DORGALI, FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI, OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE

Tel.0784216869 – Tel. 0784216892 – email: plus@comune.nuoro.it

- ISEE del nucleo familiare ristretto in corso di validità;

Luogo e data

Firma

---

---

**Dichiara inoltre** di essere informato/a che i dati forniti sono indispensabili per l'istruttoria della pratica e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, che include il trattamento informatico dei dati forniti, la trasmissione a terzi.

**Dichiara** a tal fine di aver preso visione dell'informativa ai sensi del *GDPR n. 679/2016UE* 2016/679, all. 2 del presente avviso e pertanto presta il consenso e autorizza il trattamento.

Luogo e data

Firma

---

---

