

**PROGETTO VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE SOCIALE
DELLE PERSONE CON DISABILITA' DELL'AZIENDA U.L.S.S. 8 BERICA
– REGIONE VENETO – MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI-
5^ ANNUALITA' BANDO 2017-DISTRETTO OVEST**

**MODULO DI DOMANDA
DA PRESENTARE ENTRO IL 9/09/2019**

Decreto Direttore Generale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale n. 119/2018 e Decreto del Direttore della Direzione regionale Servizi Sociali n. 4/2018-CUP I19H180003250005.

Al Direttore del Distretto Socio-Sanitario dell'Azienda ULSS 8 Berica

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato/a a _____ **() il** _____

Codice Fiscale _____

residente nel Comune di

_____ **()**

in via _____ **n.** _____ **-frazione** _____

telefono _____ **email (facoltativo)** _____

in qualità di:

- persona direttamente interessata
- legale rappresentante (tutore, curatore, amministratore di sostegno ai sensi della L. 6/2004);
- familiare (convivente, non convivente) (grado di parentela:
_____)
- persona (convivente, non convivente) di cui il servizio sociale ha accertato che provvede effettivamente a garantire adeguata assistenza alla persona non autosufficiente.

Presenta domanda per la partecipazione al progetto di vita indipendente e inclusione sociale sotto indicato a favore di:

_____ (cognome e nome)

Nato/a a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale _____

Residente nel Comune di _____ (_____)

In via _____ n. _____ -frazione _____

Telefono _____ (indicare se diverso dalla residenza):

domiciliato nel Comune di _____ (_____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono _____

In possesso dei seguenti requisiti:

- Persona con disabilità con accertamento handicap L. 104, anche senza gravità;
- Età compresa tra 18 e 64 anni;
- Residenza nel territorio dell' Azienda ULSS 8 Berica – Distretto Ovest

per l'azione progettuale:

4. "Attività Sportive e Socializzanti"

Prende atto che per l'adesione all' Azione progettuale è prevista una quota di compartecipazione dell'ammontare massimo di € 5,00 per giornata, che si impegna a corrispondere.

Luogo, _____

Data _____

Il richiedente

(Firma leggibile)