



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

Domiciliata/o (se diverso dalla residenza) a

_____ (Comune) CAP _____

in Provincia di Napoli

in via _____ N. _____

Recapiti per ogni comunicazione inerente la presente procedura:

Tel. _____ cellulare _____

e-mail _____

PEC _____

In qualità di: |__| Diretta/o interessata/o

oppure in qualità di

(apporre la crocetta sulla voce corrispondente):

|__| Familiare – Specificare vincolo di parentela _____

|__| Tutore Decreto di nomina n. _____ del _____

|__| Curatore Decreto di nomina n. _____ del _____

|__| Amministratore di Sostegno Decreto di nomina n. _____ del _____

|__| Servizio Sociale Comune di residenza _____ (indicare Comune)

Regione Campania

Piano Sociale di Zona Area Nolana - Ambito Territoriale Napoli Ventitre – ex L. 328/00 – L.R. 11/07

Comuni Associati: Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo
Bel Sito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano Ente partner: ASL NA 3 Sud

Comune Capofila: Nola, C. F. 84003330630 – Sede dell’Ufficio di Piano di Zona: Piazza Duomo, 1 - Nola

Tel: 081/8226297; pec: pszn23@pec.comune.nola.na.it



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

- di essere (se la dichiarazione è resa dall'interessato) OPPURE che la persona interessata alla procedura è (se la dichiarazione è resa da altro soggetto) residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale N23
- di avere (se la dichiarazione è resa dall'interessato) OPPURE che la persona interessata alla procedura ha (se la dichiarazione è resa da altro soggetto) stato di handicap certificato ai sensi art. 3 comma 1 o art. 3 comma 3 della legge 104/92
- di avere (se la dichiarazione è resa dall'interessato) che la persona interessata alla procedura ha (se la dichiarazione è resa da altro soggetto) invalidità certificata per una percentuale superiore al 45% con relazione conclusiva L. 68/1999 rilasciata dall'INPS o in fase di ottenimento (specificare tipologia di disabilità riconosciuta)
-
- di essere (se la dichiarazione è resa dall'interessato) OPPURE che la persona interessata alla procedura è (se la dichiarazione è resa da altro soggetto) impiegato part time come lavoratore disabile o svantaggiato ai sensi della L. 381/1991.

DICHIARO

- di aver letto e compreso e di accettare integralmente quanto contenuto nell'Avviso pubblico per l'individuazione dei beneficiari dei progetti individualizzati per la realizzazione degli interventi di cui alla Missione 5 "Inclusione e coesione" – Componente 2 – Investimento 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità – del PNRR – per l'Ambito Territoriale Sociale N23

DICHIARO



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

inoltre, ai fini della valutazione multidimensionale e del successivo inserimento nella graduatoria per l'accesso alle progettualità, di essere (se la dichiarazione è resa dall'interessato) che la persona interessata alla procedura è (se la dichiarazione è resa da altro soggetto):

1. convivente stabilmente con (indicare composizione del nucleo familiare precisando cognome, nome e parentela):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

2. abitante in casa di proprietà / usufrutto / comodato d'uso

in casa in affitto

in co-housing;

altro _____

3. inserita/o in struttura residenziale (specificare quale) _____

_____;

con necessità di rivalutazione delle condizioni abitative o con periodo massimo di permanenza già scaduto o in scadenza o comunque in struttura per la quale normativa definisce un tempo massimo di inserimento;

4. inserita/o in percorsi finalizzati all'autonomia: "Dopo di Noi" Vita Indipendente

altro _____;

5. occupata/o inoccupata/o disoccupata/o impegnata/o in tirocinio

Regione Campania

Piano Sociale di Zona Area Nolana - Ambito Territoriale Napoli Ventitre – ex L. 328/00 – L.R. 11/07

Comuni Associati: Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo Bel Sito - Saviano - Scisciano – Tufino – Visciano Ente partner: ASL NA 3 Sud

Comune Capofila: Nola, C. F. 84003330630 – Sede dell'Ufficio di Piano di Zona: Piazza Duomo, 1 - Nola

Tel: 081/8226297; pec: pszn23@pec.comune.nola.na.it



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

lavorativo

6. inserita/o in realtà associative operanti nel territorio dell'Ambito Territoriale Sociale N23: specificare _____

7. partecipante a percorsi di co-housing o altra tipologia di progettualità finalizzata all'autonomia e coerente con quella oggetto della presente procedura (Specificare)

DICHIARA

Infine di essere a conoscenza che l'Ambito anche tramite il Comune di residenza potrà procedere ai controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese in sede di presentazione della domanda, ai sensi del DPR 445/2000 e che, in caso si accerti che le dichiarazioni sono mendaci, sarà sospeso dal beneficio come previsto dall'art. 75 del DPR 445/2000 e sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, come disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000.

AUTORIZZA

al trattamento dei dati personali particolari secondo quanto previsto nell'Avviso pubblico e nel rispetto della normativa vigente in materia.

Luogo e data

Firma

COMUNE DI CASAMARCIANO
Protocollo Arrivo N. 4378/2023 del 19-05-2023
Allegato 2 - Copia Documento



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

Allegati:

- copia documento identità e tessera sanitaria del candidato (persona invalida interessata al progetto)
- copia documento identità del soggetto che presenta la domanda, se diverso dal candidato
- eventuale altra documentazione ritenuta utile: (ad esempio: scheda SVAMDI, verbali e/o attestazioni di Unità valutazione ASL, etc.) _____

COMUNE DI CASAMARCIANO
Protocollo Arrivo N. 4378/2023 del 19-05-2023
Allegato 2 - Copia Documento