

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 “PNRR: InTr'A Domo - Inclusione, Traballu e Domo”

Oggetto: Dichiarazione di disponibilità a partecipare a Progetto di Inclusione PNRR: InTr'A Domo - Inclusione, Traballu e Domo

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 graduatoria nel caso in cui il numero delle richieste sia superiore ai 12 posti disponibili, in base a quanto previsto dall'avviso pubblico;

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 _____

(barrare solo la casella che interessa):

- Di essere maggiorenne;
- Di non essere occupato;
- Di essere interessato a partecipare al percorso di inclusione 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 disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze-Centri di Salute Mentale o UONPIA;
 - Documentazione attestante disabilità mentale/intellettuale e/o psichica in carico ai servizi sociali o socio-sanitari;
 - Disabilità grave di cui alla legge 104/92, art. 3 comma 1 e 3.

CHIEDE

di accedere al Programma: **“PNRR: InTr'Adomo Inclusione, Traballu e Domo”**.

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;

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

- Fotocopia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n.104;
- Certificazione attestante il disturbo mentale e/o dello spettro autistico, disabilità mentale 7intelletiva e /o psichica curata dai servizi specialistici del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico o dello specialista di riferimento.

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
