

Distretto Socio – Sanitario di Bronte D 15

Al Comune di _____

Oggetto: Istanza di ammissione al progetto sperimentale in materia di Vita Indipendente ed inclusione nella società della persona con disabilità, di cui al D.D. n. 669 del 28/12/2018 e D.D. 138/2019 – Fondi 2018 del Ministero del Lavoro delle Politiche Sociali.

Il/la sottoscritt _nato/a a
 ilresidente ain
 Via Tel: ,
 in possesso dei requisiti previsti dal progetto indicato in oggetto

CHIEDE

di essere ammesso/a_ al medesimo.

A tal fine allega:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità, del richiedente.

Trasmette in busta chiusa con la dicitura “Contiene dati sensibili” la seguente documentazione sanitaria:

- Verbale Invalidità Civile ;
- certificazione medica comprovante la presenza dei requisiti di cui alla lettera B dell’avviso;
- Dichiarazione dell’Indicatore della Situazione Economica (I.S.E.E.) ,

Dichiara ai sensi dell’art. 46 e 47 del DPR 445/2000 di/o non essere beneficiario dei seguenti interventi socio-assistenziali:

- Assegno di cura SI NO
- Reddito di cittadinanza SI NO
 ma di percepire la somma mensile pari o inferiore a € 100,00 SI NO
- Altri ammortizzatori sociali SI quali :

FIRMA
