

CITTA’ DI ERCOLANO

CITTA’ METROPOLITANA DI NAPOLI

# SERVIZI TUTELA CITTADINO E PUBBLICA ISTRUZIONE

**AVVISO PUBBLICO**

**per l'individuazione dei beneficiari partecipanti al servizio**

**“Centro Sociale Polifunzionale per disabili”**

**ALLEGATO C - MODULO DI DOMANDA**

**ALL’ UFFICIO DI PIANO**

**AMBITO TERRITORIALE N29**

**COMUNE DI ERCOLANO (NA)**

**Oggetto: Domanda di partecipazione all’avviso pubblico per l'individuazione dei beneficiari partecipanti al servizio “Centro Sociale Polifunzionale per disabili”**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di soggetto destinatario del beneficio, nato

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CELLULARE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_

Oppure, se impossibilitato

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in

qualità di rappresentante/curatore degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, sig./sig.ra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CELLULARE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

visto l’Avviso Pubblico approvato con Determinazione Dirigenziale n. \_\_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e consapevole che la mancata rispondenza anche ad una soltanto delle condizioni di ammissibilità in esso indicate costituirà motivo di esclusione

**CHIEDE**

di partecipare all’Avviso Pubblico per l'individuazione dei beneficiari partecipanti al servizio “Centro Sociale Polifunzionale per disabili”

Consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci **dichiara** di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità ed in particolare, che:

1. di essere residente ad Ercolano;
2. di essere in possesso della certificazione di disabilità, riconosciuta ai sensi dell’art.3, comma 3 della legge 104/92 o di invalidità con il beneficio dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18;
3. di avere un’età compresa tra 18 e 65 anni;

**Dichiara altresì di essere in una delle seguenti condizioni:**

* persona con disabilità che necessita del servizio di trasporto;
* persona con disabilità che usufruisce di altri servizi e/o sussidi erogati dall’Ambito N29-Comune di Ercolano.

Se si specificare quali\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* persona con disabilità inseritain una struttura residenziale.

Se si specificare quale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* persona con disabilità con una limitata autonomia relativa alle attività mentali, attività sensoriali attività legate alla sfera corporea, attività di spostamento, attività domestiche e attività sociali;
* presenza di altri soggetti disabili all’interno del nucleo familiare.

Si allega:

1. documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
2. certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell’art.3, comma 3 della legge 104/92 o di invalidità con il beneficio dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980,n. 18;
3. certificato dell’Isee in corso di validità;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo e data) (Firma del dichiarante)

*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).*

***INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI***

*Ai sensi dell’art. 13 del d. lgs. n. 196/2003 si porta a conoscenza dei richiedenti che:*

* *i dati personali dell’interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l’espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi del Piano Sociale di Zona Ambito* ***N.29*** *secondo le vigenti disposizioni in materia;*
* *il conferimento dei dati è necessario e, in caso di rifiuto, sarà impossibile istruire regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;*
* *i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni al Piano Sociale di Zona Ambito* ***N.29*** *con riferimento al procedimento amministrativo e potranno essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti dalla legge e dai regolamenti comunali;*
* *il richiedente, ai sensi dell’art. 7 del d. lgs. n. 196/2003, ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;*
* *il titolare del trattamento dei dati è l’Ufficio di Piano dell’Ambito* ***N29,*** *nonché il Responsabile del soggetto proponente.*