



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

**ALLEGATO C**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**PER LA CONTINUITA' AL CONTRIBUTO PER IL PRO.V.I. (PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE) ex Decreto Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013 - Ministero dei Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale per l'Inclusione e le Politiche Sociali**

**Linea di azione n. 3 "Progetti Sperimentali in materia di Vita Indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità**

**QUADRO A - DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale: |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Stato civile \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Estremi del documento di identità:

tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Consapevole che chi rilascia una dichiarazione falsa, anche in parte, perde i benefici eventualmente conseguiti e subisce sanzioni penali**

**DICHIARO**



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

Al sensi degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, quanto segue:

**QUADRO A1- GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA** (Nel caso in cui la domanda è presentata da una persona diversa dal beneficiario - padre, madre, fratello/sorella, amministratore di sostegno ecc.)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

In qualità di (padre, madre, fratello/sorella, amministratore di sostegno ecc.)  
\_\_\_\_\_ del sotto indicato richiedente:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Estremi del documento di identità:

tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**QUADRO B - COMPOSIZIONE DEL NUCLEO IN CUI VIVE IL RICHIEDENTE** (alla data di presentazione della domanda)

- Num. componenti (incluso il richiedente) \_\_\_\_\_
- Num. minori \_\_\_\_\_
- Num. persone ultra65enni \_\_\_\_\_
- Num. persone in condizione di non-autosufficienza \_\_\_\_\_



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

**QUADRO C – INFORMAZIONI SULL’ABITAZIONE IN CUI VIVE IL RICHIEDENTE**

L’abitazione principale è situata in:

via/p.zza \_\_\_\_\_ vani n. \_\_\_\_\_

Presenta servizi igienici adeguati

- Si  
 No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali:

- Si (esterne e /o interne)  
 No

**QUADRO D – SITUAZIONE INDIVIDUALE E REDDITUALE DEL RICHIEDENTE**

Riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l’accertamento dello stato di handicap in data

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_| con verbale n. \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, come persona con handicap in situazione di gravità ai sensi del  
comma 3 dell’art.3 della legge n. 104/1992

Diagnosi principale \_\_\_\_\_

Altre patologie presenti \_\_\_\_\_

Invalità civile

- Si |\_|\_|\_| %



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

No

**Indennità di accompagnamento**

Si

No

**Altri cespiti e contributi non soggetti ad Irpef (es. rendite inail)**

Si importo annuale € \_\_\_\_\_

No

**Reddito individuale annuo a ogni titolo percepito (Redditi da lavoro, redditi da pensione, redditi da indennità/assicurazione, Rendita Inali, Rendita da patrimonio, altri redditi ...) € \_\_\_\_\_**

**Attività lavorativa:**

Si, quale \_\_\_\_\_

No

**Corso di studio in atto:**

Si, quale \_\_\_\_\_

No

**Patente di guida:**

Si

No

**Se Si possesso di auto personale:**

Si

No

**Se no con quale mezzo abitualmente si sposta?**



**Comune di Nola capofila**



**Ufficio di Piano**

<hr/>
-------

**Si accettano le condizioni riportate nell'Avviso Pubblico.**

**Si dichiara di essere consapevoli che l'attuazione del progetto è subordinata al trasferimento materiale dei fondi da parte della Regione Campania.**

**Luogo e data, \_\_\_\_\_**

**IN FEDE**

**(Firma del richiedente / beneficiario)**

\_\_\_\_\_