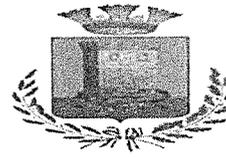




Comune di Catania



Comune di Misterbianco



Comune di Motta Santa Anastasia

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 16**  
**CATANIA - MISTERBIANCO - MOTTA S. ANASTASIA**

**AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 16**

**Comune di .....**

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

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

oppure, se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a nella qualità di \_\_\_\_\_ (specificare rapporto di parentela rispetto al beneficiario)

per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "DOPO DI NOI" per persone con disabilità grave, prive del necessario supporto familiare - Legge n. 112/2016.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46/47 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

che la propria famiglia è residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ed è così composta:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

- che il **destinatario** per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):

- non usufruisce di altri servizi ;
- usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da \_\_\_\_\_
  - che lo **stato di salute** dello stesso è il seguente:
    - persona portatore di handicap in situazione di gravità (Legge n. 104/92 , art. 3, comma 3 );
    - che la disabilità, di cui è portatore, non è determinata dal naturale invecchiamento e/o da patologie connesse alla senilità;
      - dichiara, inoltre, di essere in una delle seguenti condizioni:
        - persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali (certificato ISEE ristretto), non beneficiario di trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
        - persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse all'età, non sono più in grado di garantire il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
        - persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali, che non hanno le caratteristiche abitative e relazionali della casa famiglia.

**Allega alla presente istanza, in busta chiusa con la dicitura “ Contiene dati sensibili”, i seguenti documenti:**

- copia certificazione handicap grave ai sensi della L. n.104/92, art. 3 comma 3 ;
- certificazione medica attestante che la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- copia di documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- certificazione ISEE ristretto;
- titolo di proprietà o contratto di locazione dell'abitazione.

*Il richiedente è informato ed autorizza la raccolta dei dati della presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, ai sensi della L. 196/2013 e D.Lgs. n. 51/2018.*

.....

FIRMA

\_\_\_\_\_

**La domanda deve essere compilata in ogni sua parte barrando le caselle che interessano**