



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 6

ASL RM 6

**Al Distretto Socio-Sanitario RM 6.3**

Al Comune di \_\_\_\_\_

[protocollo@pec.comune.marino.rm.it](mailto:protocollo@pec.comune.marino.rm.it)[protocollo@pec.comune.ciampino.roma.it](mailto:protocollo@pec.comune.ciampino.roma.it)**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'ACCESSO AI PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE****DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a ( <i>cognome</i> ) _____	( <i>nome</i> ) _____
nato/a a _____	prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____	prov. _____
Via/Piazza _____	n. _____
C.A.P. _____	tel. _____
domicilio ( <i>solo se diverso dalla residenza</i> ) Comune di _____	prov. _____
Via/Piazza _____	n. _____
C.A.P. _____	tel. _____
Codice fiscale _____	

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a ( <i>cognome</i> ) _____	( <i>nome</i> ) _____
nato/a a _____	prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____	prov. _____
Via/Piazza _____	n. _____
C.A.P. _____	tel. _____
domicilio ( <i>solo se diverso dalla residenza</i> ) Comune di _____	prov. _____
Via/Piazza _____	n. _____
C.A.P. _____	tel. _____
Codice fiscale _____	
<input type="checkbox"/> in qualità di: <input type="checkbox"/> familiare <input type="checkbox"/> tutore (Decreto Tribunale di n. _____)	
<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di n. _____)	
<input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 6

ASL RM 6

in favore di: (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
  
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_  
  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di accedere a uno degli interventi previsti dai Progetti per la Vita Indipendente e di beneficiare del relativo contributo per:

- Assistente personale
- Abitare in autonomia
- Domotica
- Progetti di inclusione sociale e relazionale

Dichiara:

1 - che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;

2 - di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 6

ASL RM 6

**Si allega la seguente documentazione:**

1. certificato specialistico di struttura pubblica e/o convenzionata accreditata o del Medico di Medicina Generale attestante la patologia con espressa indicazione che la disabilità non è determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
2. copia verbale INPS relativo allo stato di handicap ai sensi legge 104/92;
3. copia decreto di nomina Tutore o Amministratore di Sostegno qualora in possesso;
4. copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e, qualora la domanda sia sottoscritta da persona diversa, copia del documento d'identità anche di quest'ultimo;
5. attestazione ISEE in corso di validità

**Luogo e data****Firma del richiedente**

Io Sottoscritto/a    Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

- Dichiaro ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, di essere consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui si può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, così come disposto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento adottato, come previsto dall'art. 75 del DPR n. 445/2000;
- Dichiaro di essere consapevole che il Distretto Rm 6.3 effettuerà controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dei documenti presentati anche avvalendosi di enti a autorità a questo preposte.
- Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

**Luogo e data****Firma del richiedente**