**Percorsi per l’autonomia**

Modello di Domanda

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

Nome ……………………………………………………………. Cognome……………………………………

indirizzo ………………………………………………

Tel. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

In qualità di

* Persona legalmente responsabile di sé
* Tutore
* Curatore
* Amministratore di sostegno (numero procedimento di nomina \_\_\_\_\_\_\_ )
* Coniuge
* Figlio
* Familiare
* Operatore sociale
* Operatore sanitario
* Altre figure

CHIEDE

L’ammissione al Percorso per l’autonomia

ANAGRAFICA UTENTE

Nome......................................................................... Cognome ................................................................

Data di nascita |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_| Nato/a a............................................................. Prov. ..................

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

N° Tessera Sanitaria………………………………………………

Residenza: Città ............................................. Via ........................................................... C.A.P. .................

Domicilio (solo se diverso da residenza): Città ......................... Via ...............................................C.A.P. .........

Telefono utente |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Email ………………………………….. @...................................... .

Nazionalità

* Italiana
* Comunitaria ………………………..
* Extracomunitaria ……………………………
* Permesso di soggiorno: Data inizio permanenza|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_ scadenza ……………………………..

Tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Elenco

* Permesso di soggiorno U.E. per soggiornanti di lungo periodo.
* Protezione
* Irregolare

Stato civile

* Celibe/Nubile
* Coniugato/a
* Unioni civile
* Convivente
* Separato / Divorziato
* Vedovo/a

**Condizione di disabilità:**

**(indicare una o più delle condizioni sotto descritte)**

* Persona con Certificazione Legge 104, art. 3, comma 1;
* Persona con Certificazione Legge 104, art. 3, comma 3:
* Invalidi civili con invalidità al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %
* Invalidi totali con indennità al compagno

MEDICO DI RIFERIMENTO

* MMG
* PLS

Nominativo ....................................................................... Telefono |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

In possesso di Attestazione ISEE

* Si
* No

TITOLARITA’ ABITAZIONE

* Di proprietà con mutuo/ senza mutuo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* In affitto da privato (importo mensile……………………..)
* Alloggio di Edilizia Pubblica (importo mensile …………………..)
* Senza dimora
* In condizione di fragilità abitativa
* Altro (struttura di accoglienza sociale / struttura socio sanitaria / uso gratuito/ ospite) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

L’utente individuato nella presente scheda, informato sull’utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del l’Unione Comuni Alta Sabina, Ri3 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Info

|  |  |
| --- | --- |
| * SI
 | * NO
 |

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori

Data, ………………………….. FIRMA

Allegati:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell’utente e del richiedente;

- Verbale Certificazione Invalidità del beneficiario attestante la patologia;

- Ogni altra certificazione/documentazione utile ai fini della valutazione.