

Logo

Allegato A

COMUNE DI \_\_\_\_\_

## Istanza per la predisposizione del Progetto di Vita Individuale Personalizzato e Partecipato

### Sezione 1)

#### QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

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

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ residente

in \_\_\_\_\_ Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

domiciliato presso \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Stato civile<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Cittadinanza<sup>2</sup>:

cittadino italiano;

cittadino comunitario;

familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_;

cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data \_\_\_\_\_;

titolare di *status* di rifugiato (*indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data*) \_\_\_\_\_;

titolare di *status* di protezione sussidiaria \_\_\_\_\_;

<sup>1</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>2</sup> Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

**Logo****QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**  
(da compilare solo se necessario)

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

Grado di parentela \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_

In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**CHIEDE**

in qualità di persona con disabilità o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona con disabilità (Nome \_\_\_\_\_/Cognome \_\_\_\_\_), come sopra rappresentata, alla valutazione effettuata da parte dell'UVM territorialmente competente, per l'elaborazione e la realizzazione del Progetto di Vita Individualizzato e Partecipato ( \_\_\_\_\_ ).

A tale fine

**DICHIARA**

**DI VOLER PARTECIPARE** ALLA STESURA DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIVIDUALE PERSONALIZZATO E PARTECIPATO

**DI PROPORRE** IL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIVIDUALE PERSONALIZZATO E PARTECIPATO

**DICHIARA INOLTRE****COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO**

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/Lavoro
I°						
II°						
III°						

Logo

**CONDIZIONE DI DISABILITA'**

- di essere in possesso di **attestazione di condizione di disabilità ex art. 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da \_\_\_\_\_ . Con verbale n. \_\_\_\_\_  comma 1  comma 3
- o di essere in possesso della certificazione di base con riconoscimento della condizione di disabilità

**Diagnosi**

E' in possesso di una valutazione cognitiva SI NO

E' in possesso di una valutazione funzionale SI NO

Specificare inoltre:

Altre patologie/comorbidità \_\_\_\_\_

Farmaci \_\_\_\_\_

Protesi/ausili/presidi \_\_\_\_\_

Cognome e Nome del medico curante \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Cognome e Nome dello specialista di riferimento \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**SITUAZIONE REDDITUALE**Di possedere un **ISEE** del valore di: € \_\_\_\_\_ in corso di validità**Sezione 2)**

Il/la sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di  
 persona con disabilità o il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della persona con disabilità  
 (nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_)

**DICHIARA**

TIPO	SI	NO
Certificato di riconoscimento della condizione di disabilità		
L. 104/1992 art. 3, comma 1		

## Logo

L. 104/1992 art. 3, comma 3		
Invalità civile, sordità civile, cecità civile (specificare anche se con o senza indennità di accompagnamento)		
LEGGE 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"		
Riconoscimento disabilità ad elevata intensità di cura ex DM 26 settembre 2016		
Legge 112/2016 DOPO DI NOI		
Patto di Servizio ai sensi L.R. 08/17. Art.9		
Vita Indipendente		
Altro		

di voler realizzare il seguente **progetto di vita individualizzato e partecipato**:

- I. **Obiettivi di vita che si intendono perseguire** connessi a connessi a 1) apprendimento, socialità ed affettività, 2) formazione, lavoro, 3) casa e habitat sociale, 4) salute  
\_\_\_\_\_:

---



---



---



---

II. **Condizione attuale:**

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:  
SI NO
- Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo:  
SI NO

▪ Svolgimento di un lavoro SI NO  
Se SI, quale \_\_\_\_\_  
Specificare tipologia contratto \_\_\_\_\_

▪ Frequenza di un corso di studio SI NO  
Se SI, quale \_\_\_\_\_  
Presso \_\_\_\_\_

▪ Possesso di patente di guida SI NO  
Rilasciata da \_\_\_\_\_ data di scadenza \_\_\_\_\_;

Se NO, indicare il mezzo con il abitualmente si sposta \_\_\_\_\_

▪ beneficia di sostegni (servizi, interventi, prestazioni, benefici) sociali, socio-sanitari, sanitari: SI NO  
Se SI, specificare di quali beneficia (es. ADI, assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro

**Logo**

diurno, progetto riabilitativo, integrazione scolastica, .....) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare) \_\_\_\_\_

**I. Bisogni-desideri-aspettative e preferenze della persona:**

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

- Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di vita: SI                      NO
- Presenza di un'assistente personale      SI                      NO      se si N. ore settimanali \_\_\_\_\_
- Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto di :

Città \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ vani n. \_\_\_\_\_ Breve descrizione

- Di proprietà (o con mutuo)
  - In uso gratuito
  - Usufrutto
  - In affitto con contratto canone previsto nel contratto € \_\_\_\_\_
  - Altro, specificare \_\_\_\_\_
- |   |    |    |
|---|----|----|
| Presenza servizi igienici adeguati                                  | SI | NO |
| Presenza di una superficie adeguata al numero di persone conviventi | SI | NO |
| Presenza di barriere  | SI | NO |

Se SI, specificare:

Esterne \_\_\_\_\_

Interne \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

- **di individuare** la persona di supporto, prevista dall'art. 22 Dlgs 62/2024 il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
- **di richiedere**, la presenza in Unità di Valutazione UVM dei soggetti di cui all'art 24 c. 3 e segnatamente \_\_\_\_\_
- **di essere consapevole** che la sottoscrizione del progetto di vita é soggetta \_\_\_\_\_

- In relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla

**Logo**

protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che il  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ autorizza

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Allegati:**

- 1) copia del documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria;
- 2) verbale della commissione accertamento legge n.104/92, verbale invalidità civile, L 68/99 o certificato di valutazione di base.
- 3) Nei casi di persone con disabilità rappresentate da terzi, copia del provvedimento di nomina;
- 4) certificazione ISEE in corso di validità ai sensi della normativa vigente.