

AL CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI
A3 VIA TORRICELLA N.5
83047 LIONI (AV)

OGGETTO: PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA – MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE” COMPONENTE 2 INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ” **Gruppo appartamento Sant’Angelo dei Lombardi**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/ a _____ il _____
Residente in _____ Via _____
Tel _____ E-mail: _____
Documento d’Identità n _____ Codice fiscale _____

- ☐ PER SÉ
- ☐ IN QUALITÀ DI (si allega alla domanda documento comprovante);

☐ TUTORE GIURIDICO DELLA PERSONA INTERESSATA;
☐ CURATORE;
☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO;
☐ ALTRO FAMILIARE DELEGATO FORMALMENTE.

A favore di:

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____ Via _____
Tel _____ Documento d’Identità n. _____
Codice Fiscale _____;

CHIEDE

di voler partecipare al Progetto PNRR - Missione 5 “Inclusione e coesione” - Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore” - Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale” - Intervento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, essendone venuto a conoscenza tramite il Servizio Sociale Professionale del Consorzio “Alta Irpinia”.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00

- di conoscere ed accettare tutte le azioni previste dal Progetto e, quindi, di impegnarsi a redigere e sottoscrivere il Piano Personalizzato relativo alla linea di investimento 1.2 “Percorsi di autonomia per persone con disabilità”. Avviso 1/2022 PNRR Missione 5 “Inclusione e coesione” Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore” Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”;

LUOGO E DATA

FIRMA

Consorzio "Alta Irpinia" Prot. n. 0009125 del 06-10-2025 tipo partenza

Firma del dichiarante o, in caso di minore
e/o disabile di chi ne fa le veci

☐ di autorizzare il trattamento dei dai personali, ai sensi delle vigenti normative.

_____li _____

firma

Firma del dichiarante o, in caso di minore
e/o disabile di chi ne fa le veci

Informativa privacy

I dati personali forniti e rilevati nella presente Scheda, nel rispetto delle vigenti disposizioni, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento del Progetto e per i fini istituzionali del Consorzio.
Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del percorso di inclusione per impossibilità a realizzare gli obiettivi identificati.
Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.
Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e GDPR n. 679/2016 “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali” acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicate dall'avviso pubblico.

Allega alla presente:

- documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto potenzialmente beneficiario
- Codice Fiscale;
- documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto dell'eventuale amministratore di sostegno,tutore, curatore, documento comprovante la nomina e Codice Fiscale;
- attestazione di invalidità civile o della legge 104/92 o copia del verbale dell'indennità di accompagnamento
- Specificare _____

AL CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI
A3 VIA TORRICELLA N.5
83047 LIONI (AV)

OGGETTO: PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA – MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE” COMPONENTE 2 INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ” Gruppo appartamento Lioni

Il/la sottoscritto/a _____
nato/ a _____ il _____
Residente in _____ Via _____
Tel _____ E-mail: _____
Documento d’Identità n _____ Codice fiscale _____

☐ PER SÉ

☐ IN QUALITÀ DI *(si allega alla domanda documento comprovante)*.

- ☐ TUTORE GIURIDICO DELLA PERSONA INTERESSATA;
- ☐ CURATORE;
- ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO;
- ☐ ALTRO FAMILIARE DELEGATO FORMALMENTE.

A favore di:

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____ Via _____
Tel _____ Documento d’Identità n. _____
Codice Fiscale _____;

CHIEDE

di voler partecipare al Progetto PNRR - Missione 5 “Inclusione e coesione” - Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore” - Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale” - Intervento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, essendone venuto a conoscenza tramite il Servizio Sociale Professionale del Consorzio “Alta Irpinia”.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00

- di conoscere ed accettare tutte le azioni previste dal Progetto e, quindi, di impegnarsi a redigere e sottoscrivere il Piano Personalizzato relativo alla linea di investimento 1.2 “Percorsi di autonomia per persone con disabilità”. Avviso 1/2022 PNRR Missione 5 “Inclusione e coesione” Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore” Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”;

LUOGO E DATA

FIRMA

Firma del dichiarante o, in caso di minore
e/o disabile di chi ne fa le veci

☐ di autorizzare il trattamento dei dai personali, ai sensi delle vigenti normative.

_____li _____

firma

Firma del dichiarante o, in caso di minore
e/o disabile di chi ne fa le veci

Informativa privacy

I dati personali forniti e rilevati nella presente Scheda, nel rispetto delle vigenti disposizioni, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento del Progetto e per i fini istituzionali del Consorzio.
Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del percorso di inclusione per impossibilità a realizzare gli obiettivi identificati.
Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.
Ai sensi del D. l.gs. 196/2003 e GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali" acconsento al trattamcnto dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicate dall'avviso pubblico.

Allega alla presente:

- documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto potenzialmente beneficiario
- Codice Fiscale;
- documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto dell'eventuale amministratore di sostegno,tutore, curatore, documento comprovante la nomina e Codice Fiscale;
- attestazione di invalidità civile o della legge 104/92 o copia del verbale dell'indennità di accompagnamento
- Specificare _____