



UNIONE DEI COMUNI “MONTAGNA MARSICANA”

SEDE LEGALE: VIA MONTE VELINO, 61 – 67051 – AVEZZANO (AQ) – TELEFONO: 0863 22143 – P.IVA: 90058010662

In qualità di:

- DIRETTO INTERESSATO
- FAMILIARE Grado di parentela _____
- TUTORE Nominato con decreto n. _____ del _____
- CURATORE Nominato con decreto n. _____ del _____
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO Nominato con decreto n. _____ del _____

Presenta istanza per conto di:

- DIRETTO INTERESSATO

Oppure per conto di:

Nome e Cognome: _____	
Nato a: _____	il: _____ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Residente a: _____	CAP: _____ Provincia _____ Via _____
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____	
Tel. _____	Cellulare _____
e-mail _____	PEC _____
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	



UNIONE DEI COMUNI “MONTAGNA MARSICANA”

SEDE LEGALE: VIA MONTE VELINO, 61 – 67051 – AVEZZANO (AQ) – TELEFONO: 0863 22143 – P.IVA: 90058010662

Ai fini della Valutazione Multidimensionale integrata per la definizione di un Progetto Individuale per l'erogazione di servizi afferenti al Progetto PNRR 1.2 in favore delle persone con disabilità;

Per la partecipazione al progetto PNRR 1.2 – percorsi di autonomia rivolti a persone con disabilità;

DICHIARA

In conformità di quanto previsto con l'articolo 6 comma 6 dell'avviso 1/2022 e con la nota chiarimenti n. 46/496 dell'11/11/2022 di essere:

- in possesso di certificazione di invalidità definita dalle Commissioni di cui all'art. 4 L. 104/1992 (persone in età lavorativa con minorazioni fisiche, sensoriali e con handicap intellettuale con percentuale certificata superiore al 45% e con una prognosi di collocabilità e invalidi del lavoro con capacità lavorativa superiore al 33%);
- in possesso di certificazione di invalidità definita dalle Commissioni di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
- in possesso di certificazione di invalidità in base all'articolo 1 della legge 68/99

A TAL FINE ALLEGA

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Copia del documento attestante la certificazione di invalidità;
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento;

DICHIARA

Inoltre, di aver preso visione delle disposizioni e di quanto reso noto nell'Avviso Pubblico e di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma _____