

Allegato (A)

Spett.le Consorzio per la gestione  
degli interventi e dei servizi sociali  
Distretto socio-sanitario Rm 6.4  
Pomezia-Ardea

**AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI INTERESSATI ALLA LINEA DI FINANZIAMENTO PNRR PER LA MISSIONE 5 – INCLUSIONE E COESIONE – COMPONENTE C2 – INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITA' E TERZO SETTORE – SOTTOCOMPONENTE 1 SERVIZI SOCIALI, DISABILITA' E MARGINALITA' SOCIALE – INVESTIMENTO 1.2 - PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA' CUP B34H22000350006 – B34H22000380006**

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

Il  
sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ na  
to/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ e residente in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ alla  
via/piazza: \_\_\_\_\_  
tel: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla selezione per soggetti interessati alla linea di finanziamento PNRR per la Missione 5 – Inclusione e coesione – Componente C2 – Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore – Sottocomponente 1 Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale – Investimento 1.2 – Percorsi di autonomia per le persone con disabilità. Consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), sotto la sua responsabilità,

**DICHIARA (barrare la casella corrispondente)**

- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- di essere disabile:**
- ai sensi della Convenzione delle Nazioni Unite (...coloro che presentano menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri...)
- in possesso di certificazione Legge 104/92 anche art. 3, comma 1 e quindi persone alle quali è riconosciuta una invalidità in base all'articolo 1, della legge 68/99;
- essere in condizione di disoccupazione alla data di avvio del percorso di autonomia, identificata con la presa in carico da parte della Unità di valutazione multidisciplinare (UVMD)

Allega i seguenti documenti:

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità con firma autografa.
- Qualora ricorra, la certificazione ex L.n. 104/92
- altro \_\_\_\_\_

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo. Ai sensi del D.lgs. n. 196/2003, il/la sottoscritto/a autorizza il Consorzio per la gestione degli interventi e dei servizi sociali Distretto socio-sanitario Rm 6.4 Pomezia - Ardea al trattamento dei propri dati personali ai fini del procedimento connesso alla selezione e per l'assolvimento degli obblighi previsti dalla legge e dai regolamenti in materia.

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_