



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

ALLEGATO B

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO PER IL PRO.V.I. (PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE) ex Decreto Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013 - Ministero dei Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale per l'Inclusione e le Politiche Sociali

Linea di azione n. 3 "Progetti Sperimentali in materia di Vita Indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità

QUADRO A - DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____

Nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____

e residente in _____ prov. _____

via/p.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice fiscale: |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Stato civile _____ cittadinanza _____

Estremi del documento di identità:

tipo _____ n. _____

Consapevole che chi rilascia una dichiarazione falsa, anche in parte, perde i benefici eventualmente conseguiti e subisce sanzioni penali

DICHIARO

Al sensi degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, quanto segue:

QUADRO A1- GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA (Nel caso in cui la domanda è presentata da

Regione Campania – Provincia di Napoli
Piano Sociale di Zona Area Nolana - Ambito Territoriale Napoli Ventitre – ex L. 328/00 – L.R. 11/07
Comuni Associati: Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo Belsito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano - ASL NA 3 Sud.
Comune Capofila - Nola, C. F. 84003330630 Sede dell'Ufficio di Piano di Zona - Piazza Duomo, 1 - Nola
Tel. 0815125923; Pec. pszn23@pec.comune.nola.na.it

COMUNE DI NOLA
Protocollo Partenza N. 45384/2021 del 31-08-2021
Allegato 3 - Copia Documento



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

una persona diversa dal beneficiario - padre, madre, fratello/sorella, amministratore di sostegno ecc.)

COGNOME E NOME _____

In qualità di (padre, madre, fratello/sorella, amministratore di sostegno ecc.)

_____ del sotto indicato richiedente:

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

e residente in _____

via/p.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice fiscale: _____

Stato civile _____ cittadinanza _____

Estremi del documento di identità:

tipo _____ n. _____

QUADRO B - COMPOSIZIONE DEL NUCLEO IN CUI VIVE IL RICHIEDENTE (alla data di presentazione della domanda)

- Num. componenti (incluso il richiedente) _____
- Num. minori _____
- Num. persone ultra65enni _____
- Num. persone in condizione di non-autosufficienza _____

QUADRO C – INFORMAZIONI SULL’ABITAZIONE IN CUI VIVE IL RICHIEDENTE

COMUNE DI NOLA
Protocollo Partenza N. 45384/2021 del 31-08-2021
Allegato 3 - Copia Documento

Regione Campania – Provincia di Napoli
Piano Sociale di Zona Area Nolana - Ambito Territoriale Napoli Ventitre – ex L. 328/00 – L.R. 11/07
Comuni Associati: Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo
Belsito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano - ASL NA 3 Sud.
Comune Capofila - Nola, C. F. 84003330630 Sede dell’Ufficio di Piano di Zona - Piazza Duomo, 1 - Nola
Tel. 0815125923; Pec. pszn23@pec.comune.nola.na.it



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

L'abitazione principale è situata in:

via/p.zza _____ vani n. _____

Presenta servizi igienici adeguati

- Si
 No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali:

- Si (esterne e /o interne)
 No

QUADRO D – SITUAZIONE INDIVIDUALE E REDDITUALE DEL RICHIEDENTE

Riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l'accertamento dello stato di handicap in data

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| con verbale n. _____ rilasciato da _____

_____, come persona con handicap in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art.3 della legge n. 104/1992

Diagnosi principale _____

Altre patologie presenti _____

Invalità civile

- Si |_|_|_| %
 No

Indennità di accompagnamento

Regione Campania – Provincia di Napoli

Piano Sociale di Zona Area Nolana - Ambito Territoriale Napoli Ventitre – ex L. 328/00 – L.R. 11/07

Comuni Associati: Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo Belsito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano - ASL NA 3 Sud.

Comune Capofila - Nola, C. F. 84003330630 Sede dell'Ufficio di Piano di Zona - Piazza Duomo, 1 - Nola
Tel. 0815125923; Pec. pszn23@pec.comune.nola.na.it



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

Si

No

Altri cespiti e contributi non soggetti ad Irpef (es. rendite inail)

Si importo annuale € _____

No

Reddito individuale annuo a ogni titolo percepito (Redditi da lavoro, redditi da pensione, redditi da indennità/assicurazione, Rendita Inali, Rendita da patrimonio, altri redditi ...) € _____

Attività lavorativa:

Si, quale _____

No

Corso di studio in atto:

Si, quale _____

No

Patente di guida:

Si

No

Se Si possesso di auto personale:

Si

No

Se no con quale mezzo abitualmente si sposta?

Regione Campania – Provincia di Napoli

Piano Sociale di Zona Area Nolana - Ambito Territoriale Napoli Ventitre – ex L. 328/00 – L.R. 11/07

Comuni Associati: Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo Belsito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano - ASL NA 3 Sud.

Comune Capofila - Nola, C. F. 84003330630 Sede dell'Ufficio di Piano di Zona - Piazza Duomo, 1 - Nola
Tel. 0815125923; Pec. pszn23@pec.comune.nola.na.it



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

QUADRO E- PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Tipologia di riferimento del PRO.V.I. proposto (selezionare una o più voci di interesse):

- Progetto di studio per il completamento della scuola media superiore**
- Progetto di studio per il conseguimento della laurea**
- Progetto di formazione professionale post-diploma/specializzazione post-lauream**
- Progetto di inserimento socio-lavorativo**
- Progetto di mantenimento dell'attuale posto di lavoro**
- Progetto di partecipazione ad attività sociali/solidali/di volontariato nella comunità di riferimento**
- Progetto di vita per l'assolvimento delle responsabilità genitoriali /per l'autonomia nel proprio contesto di vita familiare**
- Altro** _____

Si accettano le condizioni riportate nell'Avviso Pubblico.

Si dichiara di essere consapevoli che l'attuazione del progetto è subordinata al trasferimento materiale dei fondi da parte della Regione Campania.

Luogo e data, _____

IN FEDE

(Firma del richiedente / beneficiario)

Regione Campania – Provincia di Napoli
Piano Sociale di Zona Area Nolana - Ambito Territoriale Napoli Ventitre – ex L. 328/00 – L.R. 11/07
Comuni Associati: Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo
Belsito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano - ASL NA 3 Sud.
Comune Capofila - Nola, C. F. 84003330630 Sede dell'Ufficio di Piano di Zona - Piazza Duomo, 1 - Nola
Tel. 0815125923; Pec. pszn23@pec.comune.nola.na.it