

ALLEGATO A**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO PER IL PRO.V.I.
(PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE) ex Del. G.R. n. 758 del 16.04.2013****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. _____

In caso di presentazione da parte di minore (*età compresa tra i 16 anni compiuti e i 17 anni compiuti*):**QUADRO A1- GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA**

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

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 _____

Invalidità civile

Si |__|_|__|_|__|%

No

Indennità di accompagnamento

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? _____

QUADRO E- PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Tipologia di riferimento del PRO.V.I. proposto:

Progetto di studio per il completamento della scuola media superiore

Progetto di studio per il conseguimento della laurea

Progetto di formazione professionale post-diploma

Progetto di formazione professionale/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 _____

Breve descrizione del progetto specificandone gli obiettivi di vita autonoma e i servizi e le prestazioni che si intendo richiedere oltre che i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento/cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto (max 500 caratteri)

Si rinvia all'Allegato B per il dettaglio della composizione del PRO.V.I.

Luogo e data, _____

IN FEDE

(Firma del richiedente)
