(ALLEGATO A)

COMUNE CAPOFILA PARTINICO
Città Metropolitana di Palermo

SPETT.LE COMUNE
DI _____

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

OGGETTO: Istanza di partecipazione per l'attivazione di Assistenza Domiciliare per persone con necessità di sostegno intensivo a mezzo voucher (SAD) a valere sul Fondo Nazionale 2022-2024-2025

Il/La sottoscritto (nome e cognome) _____,

nato a _____ Prov. (_____) il ___/___/_____ residente nel Comune di

_____ Prov. (____), in Via _____

n_____, CAP _____ Tel._____,

Codice Fiscale _____

IN QUALITÀ DI:
(barrare solo una alternativa)

○ **Diretto interessato**

○ **Genitore** (eventuale specifica se: tutore/curatore/amministratore di sostegno): _____

○ **Tutore/curatore/amministratore di sostegno**

Del/della Sig./Sig.ra (nome e cognome) _____

nato a nato a _____ Prov. (_____) il ___/___/_____ residente nel Comune

di _____ Prov. (____), in Via _____

n_____, CAP _____ Tel._____,

Codice Fiscale _____

CHIEDE

L'attivazione del Servizio di Assistenza domiciliare SAD di cui in oggetto.

Consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, il possesso dei requisiti richiesti dal relativo Avviso Pubblico:

Comune di San Cipirello - Prot. n. 0006345 del 21-04-2026

COMUNE CAPOFILA PARTINICO
Città Metropolitana di Palermo

DICHIARA

○ Di essere residente in uno dei Comuni del DS41: Comune di: _____;
○ Di trovarsi in condizione di disabilità;
Di essere in possesso di:
○ Riconoscimento condizione di disabilità ai sensi della L. n. 104/92 art. 3, e/o
○ Riconosciuto invalidità civile (v. L. n. 118/71 e ss.mm.ii.).

DICHIARA ALTRESI'

○ Di fruire di altre misure di sostegno (es. *Progetti di Vita Indipendente, Dopo di Noi, Percorsi di Autonomia per persone con disabilità* a valere sul PNRR, ecc.)
○ Dichiaro di **NON** fruire di altre misure di sostegno (es. *Progetti di Vita Indipendente, Dopo di Noi, Percorsi di Autonomia per persone con disabilità* a valere sul PNRR, ecc.)
○ Di avere un'età non inferiore ai 18 anni;

Allega alla presente:

- Documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e/o del familiare o del tutore, o del curatore, o dell'amministratore di sostegno della persona con disabilità per cui è stata presentata la domanda;
- Certificato di accertamento della condizione di disabilità rilasciato ai sensi della legge n.104/92 e/o certificato di accertamento della condizione di invalido civile (L. n. 118/71);

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a e consapevole che, ai sensi del D. Lgs. n. 101/2018 ed ai sensi e per effetto del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali, il Comune di residenza è autorizzato al trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e che essi saranno utilizzati esclusivamente per le finalità strettamente connesse alla gestione della procedura in oggetto.

Luogo e Data _____

Firma

_____

Comune di San Cipirello - Prot. n. 0006345 del 21-04-2026