



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

Al Comune di Nola

Capofila ATS N23

PEC: [pszn23@pec.comune.nola.na.it](mailto:pszn23@pec.comune.nola.na.it)

**Oggetto: candidatura a partecipare ai progetti individualizzati per la realizzazione degli interventi di cui alla Missione 5 "Inclusione e coesione" – Componente 2 – Investimento 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità – del PNRR – per l'Ambito Territoriale Sociale N23**

**Io sottoscritto/a**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_

in data (gg/mm/aaaa) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sesso F ( ) M ( )

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Tessera Sanitaria |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Residente a** \_\_\_\_\_ (Comune) CAP \_\_\_\_\_

in Provincia di Napoli

in Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Regione Campania

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 Bel Sito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano Ente partner: ASL NA 3 Sud

Comune Capofila: Nola, C. F. 84003330630 – Sede dell'Ufficio di Piano di Zona: Piazza Duomo, 1 - Nola

Tel: 081/8226297; pec: [pszn23@pec.comune.nola.na.it](mailto:pszn23@pec.comune.nola.na.it)



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

**Domiciliata/o** (se diverso dalla residenza) a

\_\_\_\_\_ (Comune) CAP \_\_\_\_\_

in Provincia di Napoli

in via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**Recapiti** per ogni comunicazione inerente la presente procedura:

Tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**In qualità di:** |\_\_| Diretta/o interessata/o

**oppure in qualità di**

(apporre la crocetta sulla voce corrispondente):

|\_\_| Familiare – Specificare vincolo di parentela \_\_\_\_\_

|\_\_| Tutore Decreto di nomina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

|\_\_| Curatore Decreto di nomina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

|\_\_| Amministratore di Sostegno Decreto di nomina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

|\_\_| Servizio Sociale Comune di residenza \_\_\_\_\_ (indicare Comune)

Regione Campania

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  
Bel Sito - Saviano - Scisciano – Tufino – Visciano Ente partner: ASL NA 3 Sud

Comune Capofila: Nola, C. F. 84003330630 – Sede dell’Ufficio di Piano di Zona: Piazza Duomo, 1 - Nola

Tel: 081/8226297; pec: pszn23@pec.comune.nola.na.it



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

Assistente Sociale di riferimento \_\_\_\_\_

|\_\_| Rappresentante dell'Associazione / E.T.S. \_\_\_\_\_

(indicare ragione sociale) \_\_\_\_\_

**in nome e per conto di**

(indicare la persona interessata alle progettualità)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_

in data (gg/mm/aaaa) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Sesso F ( ) M ( )

Codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Tessera Sanitaria |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**CHIEDO**

di partecipare alla procedura per l'individuazione dei beneficiari dei progetti individualizzati per la realizzazione degli interventi di cui alla Missione 5 "Inclusione e coesione" – componente 2 – Investimento 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità – del PNRR – per l'Ambito Territoriale Sociale N23.

**A tale scopo, sotto la mia personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del DPR 445/2000**

**DICHIARO**

(barrare la casella corrispondente alla situazione dell'interessato)

Comune di Camposano prot. n. 0002213 in arrivo del 27-02-2023



**Comune di Nola capofila**



**Ufficio di Piano**

- di essere (se la dichiarazione è resa dall'interessato) OPPURE  che la persona interessata alla procedura è (se la dichiarazione è resa da altro soggetto) residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale N23
- di avere (se la dichiarazione è resa dall'interessato) OPPURE  che la persona interessata alla procedura ha (se la dichiarazione è resa da altro soggetto) stato di handicap certificato ai sensi art. 3 comma 1 o art. 3 comma 3 della legge 104/92
- di avere (se la dichiarazione è resa dall'interessato)  che la persona interessata alla procedura ha (se la dichiarazione è resa da altro soggetto) invalidità certificata per una percentuale superiore al 45%  con relazione conclusiva L. 68/1999 rilasciata dall'INPS o in fase di ottenimento (specificare tipologia di disabilità riconosciuta)
- 
- di essere (se la dichiarazione è resa dall'interessato) OPPURE  che la persona interessata alla procedura è (se la dichiarazione è resa da altro soggetto) impiegato part time come lavoratore disabile o svantaggiato ai sensi della L. 381/1991.

#### **DICHIARO**

- di aver letto e compreso e di accettare integralmente quanto contenuto nell'*Avviso pubblico per l'individuazione dei beneficiari dei progetti individualizzati per la realizzazione degli interventi di cui alla Missione 5 "Inclusione e coesione" – Componente 2 – Investimento 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità – del PNRR – per l'Ambito Territoriale Sociale N23*

#### **DICHIARO**



**Comune di Nola capofila**



**Ufficio di Piano**

inoltre, ai fini della valutazione multidimensionale e del successivo inserimento nella graduatoria per l'accesso alle progettualità,  di essere (se la dichiarazione è resa dall'interessato)  che la persona interessata alla procedura è (se la dichiarazione è resa da altro soggetto):

1.  convivente stabilmente con (indicare composizione del nucleo familiare precisando cognome, nome e parentela):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

2.  abitante  in casa di proprietà / usufrutto / comodato d'uso

in casa in affitto

in co-housing;

altro \_\_\_\_\_

3.  inserita/o in struttura residenziale (specificare quale) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

con necessità di rivalutazione delle condizioni abitative o con periodo massimo di permanenza già scaduto o in scadenza o comunque in struttura per la quale normativa definisce un tempo massimo di inserimento;

4.  inserita/o in percorsi finalizzati all'autonomia:  "Dopo di Noi"  Vita Indipendente

altro \_\_\_\_\_;

5.  occupata/o  inoccupata/o  disoccupata/o  impegnata/o in tirocinio

Regione Campania

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 Bel Sito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano Ente partner: ASL NA 3 Sud

Comune Capofila: Nola, C. F. 84003330630 – Sede dell'Ufficio di Piano di Zona: Piazza Duomo, 1 - Nola

Tel: 081/8226297; pec: pszn23@pec.comune.nola.na.it



**Comune di Nola capofila**



**Ufficio di Piano**

lavorativo

6.  inserita/o in realtà associative operanti nel territorio dell'Ambito Territoriale Sociale N23: specificare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7.  partecipante a percorsi di co-housing o altra tipologia di progettualità finalizzata all'autonomia e coerente con quella oggetto della presente procedura (Specificare)

\_\_\_\_\_

#### **DICHIARA**

Infine di essere a conoscenza che l'Ambito anche tramite il Comune di residenza potrà procedere ai controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese in sede di presentazione della domanda, ai sensi del DPR 445/2000 e che, in caso si accerti che le dichiarazioni sono mendaci, sarà sospeso dal beneficio come previsto dall'art. 75 del DPR 445/2000 e sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, come disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000.

#### **AUTORIZZA**

al trattamento dei dati personali particolari secondo quanto previsto nell'Avviso pubblico e nel rispetto della normativa vigente in materia.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



**Comune di Nola capofila**



**Ufficio di Piano**

**Allegati:**

- copia documento identità e tessera sanitaria del candidato (persona invalida interessata al progetto)
- copia documento identità del soggetto che presenta la domanda, se diverso dal candidato
- eventuale altra documentazione ritenuta utile: (ad esempio: scheda SVAMDI, verbali e/o attestazioni di Unità valutazione ASL, etc. ) \_\_\_\_\_

---

---

Comune di Camposano prot. n. 0002213 in arrivo del 27-02-2023

Regione Campania

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  
Bel Sito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano Ente partner: ASL NA 3 Sud

Comune Capofila: Nola, C. F. 84003330630 – Sede dell’Ufficio di Piano di Zona: Piazza Duomo, 1 - Nola

Tel: 081/8226297; pec: pszn23@pec.comune.nola.na.it