



# AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE”

Area Disabilità- Nucleo Servizio Handicap

(Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle, Torbole Casaglia, Travagliato)

## “PRESENTAZIONE DI PROGETTI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETA’ DI PERSONE CON DISABILITA’”

Decreto n. 13978 del 19/10/2021 della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità  
e Pari Opportunità di Regione Lombardia

### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO (Allegato 1)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di soggetto destinatario  
del beneficio nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, il/la  
sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_



# **AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE”**

## Area Disabilità- Nucleo Servizio Handicap

(Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle, Torbole Casaglia, Travagliato)

consapevole delle risorse disponibili e del riparto già approvato da ATS per l'Ambito n. 2 Brescia Ovest chiedo di poter attivare un progetto individuale per la Vita Indipendente che comprenda in particolare (almeno 2) le seguenti aree di intervento:

- Assistente Personale
- Forme dell'abitare in autonomia
- Inclusione Sociale Relazionale
- Trasporto (individuabile solo se il progetto prevede anche Inclusione Sociale e Relazionale)
- Domotica
- Azioni di sistema (solo se promosse e gestite da Agenzie di Vita Indipendente)

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità a tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto:

- persona maggiorenne la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 1 della L. 104 / 92 o art. 3 comma 3

Si allega:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti
- codice fiscale del beneficiario
- certificazione di disabilità ai sensi della legge 104 / 92
- progetto individualizzato



# **AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE”**

## Area Disabilità- Nucleo Servizio Handicap

(Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle, Torbole Casaglia, Travagliato)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successivo regolamento 679/2016/UE, autorizza il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori di ASST e del Comune di residenza.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_