

Modello di domanda - Allegato 1

SPETT.LE

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. _____

Comune di _____

**RICHIESTA PROSECUZIONE PROGETTO VITA INDIPENDENTE
(L.R. 21/2018 della DGR n. 1696/2018 DGR 592/2024)**

Il/La sottoscritto/a _____	
COGNOME	NOME
residente a _____	Via _____ n. _____ CAP _____
Codice fiscale _____	
Tel. _____	Cell. _____ email _____
in qualità di	
☐ diretto interessato	
☐ tutore/amministratore di sostegno di _____	
nato/a a _____ il _____	
residente a _____ in via _____ n. _____	
C.F. _____	

**MANIFESTA LA SUA VOLONTÀ A PROSEGUIRE NELL'ANNO 2025 IL PROPRIO PROGETTO DI VITA
INDIPENDENTE**

Finanziato ai sensi della DGR 1496/2023 FNA annualità 2022

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

- di essere consapevole che il contributo è alternativo, nel senso di non sovrapposizione temporale della titolarità a:
 - "Assegno di cura";
 - "Disabilità gravissima";
 - Progetto "Vita Indipendente regionale";
 - Intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)";
 - Intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale".
- di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
- di agire in piena autonomia nell'individuazione dell'assistente personale;
- di assumersi, in qualità di datore di lavoro, tutti gli obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente personale, nel rispetto della normativa vigente.

Allega la seguente documentazione:

- Copia della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992
- Copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente
- Eventuale decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutore, curatore.

Data _____

FIRMA _____