



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



COMUNE  
DI PERUGIA



COMUNE  
DI CORCIANO



COMUNE  
DI TORGIANO



Zona Sociale n. 2 dell'Umbria

**ALL. 1**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
ALLA SPERIMENTAZIONE DELLA LINEA DI ATTIVITA'  
"PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ"  
CUP C84H22000270006**

Finanziamento dell'Unione Europea – Next Generation EU nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza  
(PNRR) Missione 5 *Inclusione e coesione* - Componente 2 *Infrastrutture sociali, famiglie, comunità  
e terzo settore* - Sottocomponente 1 *Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale*  
Investimento 1.2 *Percorsi di autonomia per persone con disabilità*

**DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (Comune afferente  
la Zona Sociale 2), Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
domiciliato presso \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Indirizzo email \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Stato civile<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Cittadinanza<sup>2</sup>:  
 cittadino italiano;  
 cittadino comunitario;  
 familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno  
permanente n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_;  
 cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n.  
\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_ o in caso di  
rinnovo con ricevuta di presentazione in data \_\_\_\_\_;  
 titolare di *status* di rifugiato (*indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data*)  
\_\_\_\_\_  
 titolare di *status* di protezione sussidiaria \_\_\_\_\_;

<sup>1</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>2</sup> Italiana; comunitaria; familiare extracomunitari di cittadino comunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno permanente/ cittadino extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia, esclusi i titolari di visto di breve durata.



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



COMUNE  
DI PERUGIA



COMUNE  
DI CORCIANO



COMUNE  
DI TORGIANO



REPUBBLICA ITALIANA



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

Zona Sociale n. 2 dell'Umbria

**GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ** (compilare solo se necessario)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Grado di parentela \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_  
 In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ e residente in  
 \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
 Indirizzo email \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Visto l'Avviso pubblico – 1/2022 adottato con DM n. 5 del 15 febbraio 2022 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;

Vista la DGC n. 73 del 29/03/2022 con la quale è stata disposta la partecipazione al sopracitato Avviso pubblico 1/2022 della Zona Sociale 2, in ordine alla linea di Investimento 1.2 - *Percorsi di autonomia per persone con disabilità*;

Visto il Decreto Direttoriale n. 98 del 9 maggio 2022 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con il quale sono stati approvati gli elenchi degli Ambiti Sociali Territoriali ammessi al finanziamento nazionale;

Visto l'Accordo ai sensi dell'art. 5. Comma 6 del D.Lgs. 50/2016 per la realizzazione della Sottocomponente 1 (Missione 5 Componente 2) "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede progettualità per l'implementazione dell'Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità stipulato tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Comune di Perugia, in qualità di capofila della Zona Sociale n. 2, sottoscritto in data 30/08/2022;

Vista la nota n. 496 del 11.11.2022 con la quale il MLPS fornisce precisazioni circa la platea dei beneficiari del progetto PNRR M5C2 Investimento 1.2.

Vista la **DD n. 2795 del 25.09.2024**, con la quale è stato approvato e pubblicato l'Avviso pubblico per la presentazione delle domande di partecipazione alla sperimentazione della linea di attività "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" nell'ambito del PNRR – Investimento 1.2;

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

**CHIEDE**

in qualità di persona con disabilità di accedere o in qualità di legale rappresentante di far accedere la persona con disabilità (Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_), come sopra rappresentata, alla sperimentazione della linea di attività "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" nell'ambito del PNRR – Investimento 1.2 e nello specifico di poter accedere alle seguenti tre linee di intervento:



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



COMUNE  
DI PERUGIA



COMUNE  
DI CORCIANO



COMUNE  
DI TORGIANO



Zona Sociale n. 2 dell'Umbria

- a) **Definizione e attivazione del progetto individualizzato:** tale linea di intervento è funzionale a individuare gli obiettivi che si intendono raggiungere e i sostegni che si intendono fornire nel percorso verso l'autonomia abitativa e lavorativa, tramite accompagnamento e raccordo con i servizi territoriali, in una prospettiva di lungo periodo e previa valutazione multidimensionale e interdisciplinare dei bisogni della persona con disabilità.
- b) **Abitazione: domotica e assistenza a distanza:** n. 5 persone con disabilità saranno avviate ai percorsi di autonomia abitativa, in cohousing come di seguito specificato:
- n. 2 beneficiari presso un appartamento di tipologia trilocale (cioè comprensivi di n. 1 soggiorno/cucina; n. 2 camere; n. 2 bagni);
  - n. 3 beneficiari presso un appartamento quadrilocale (cioè comprensivi di n. 1 soggiorno/cucina; n. 3 camere; n. 2 bagni);
- I due appartamenti saranno: i) individuati in funzione dei livelli di autonomia dei n. 5 beneficiari, tra gli alloggi nella disponibilità della U.O. Servizi Sociali del Comune di Perugia; ii) personalizzati e dotati di strumenti e tecnologie di domotica e interazione a distanza, in base alle necessità dei beneficiari.
- c) **Lavoro: sviluppo delle competenze digitali per le persone con disabilità coinvolte nel progetto e lavoro anche a distanza:** tale linea è destinata a realizzare gli interventi previsti nei progetti personalizzati per sostenere l'accesso delle persone con disabilità al mercato del lavoro, attraverso:
- adeguati dispositivi di assistenza domiciliare e le tecnologie per il lavoro anche a distanza;
  - la formazione nel settore delle competenze digitali, per assicurare la loro occupazione, anche in modalità smart working;
  - la realizzazione di tirocini formativi, anche in modalità on line.

N.B. Il programma personale dovrà comprendere le tre linee di intervento interconnesse tra loro, di cui la prima è propedeutica alle altre due.

A tale fine

**DICHIARA**

**CONDIZIONE DI DISABILITÀ**

<p>di essere in possesso di (<i>barrare il tipo di riconoscimento ottenuto</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>attestazione di handicap ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> art. 3 comma 1</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> art. 3 comma 3</p> <p>rilasciata in data ___/___/___ da _____,</p> <p>con verbale n. _____;</p> <p><input type="checkbox"/> <b>dei requisiti di cui alla Legge 12 marzo 1999, n. 68</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> persona con disabilità con riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> persona invalida del lavoro con grado di invalidità superiore al 33%</p> <p>riconosciuti in data ___/___/___ da _____,</p> <p>con verbale n. _____;</p>
---



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



COMUNE  
DI PERUGIA



COMUNE  
DI CORCIANO



COMUNE  
DI TORGIANO



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

Zona Sociale n. 2 dell'Umbria

In particolare, di presentare una minorazione:

fisica

psichica

sensoriale

e che lo sviluppo della minorazione è di natura

stabilizzata

progressiva

tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui **diagnosi principale** è:

\_\_\_\_\_

Specificare inoltre:

Altre patologie presenti \_\_\_\_\_

Cognome e Nome del medico curante \_\_\_\_\_

Cognome e Nome dello specialista di riferimento \_\_\_\_\_

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO**

	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/Lavoro
1°						
2°						
3°						
4°						
5°						

**DICHIARA INFINE**

- di godere dei diritti civili e politici. (I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria.);
- in relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune di Perugia in qualità di titolare e responsabile, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



COMUNE  
DI PERUGIA



COMUNE  
DI CORCIANO



COMUNE  
DI TORGIANO



Zona Sociale n. 2 dell'Umbria

Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa da parte della persona con disabilità in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

**IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del  
Sig./Sig.ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

Firma \_\_\_\_\_

*(il modello continua da pag. 6 a pag. 8 con un'ulteriore parte da sottoscrivere)*



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



COMUNE  
DI PERUGIA



COMUNE  
DI CORCIANO



COMUNE  
DI TORGIANO



REPUBBLICA ITALIANA



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

Zona Sociale n. 2 dell'Umbria

Il/la sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di persona con disabilità o  
il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in  
qualità di legale rappresentante della persona con disabilità (nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_)

**DICHIARA INOLTRE**

**OBIETTIVI DI VITA CHE SI INTENDE PERSEGUIRE**

**di voler** partecipare alla sperimentazione della linea di attività *“Percorsi di autonomia per persone con disabilità”* nell’ambito del PNRR – Investimento 1.2 indicando il percorso che intende realizzare (*barrare una delle seguenti voci*):

- sperimentazione del percorso di autonomia a breve termine (palestra di autonomia);**
- sperimentazione del percorso di autonomia nella prospettiva di medio-lungo termine (programma di prevenzione della istituzionalizzazione);**
- sperimentazione del percorso di autonomia nella prospettiva di medio-lungo termine (programma di de-istituzionalizzazione);**

Specificare brevemente gli obiettivi di vita che la persona intende perseguire sul piano dell'autonomia abitativa e lavorativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PROPRIA CONDIZIONE ATTUALE**

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:

- SI
- NO

- Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo:

- SI
- NO

Se SI, quale \_\_\_\_\_

- Esistenza di un progetto di *“vita indipendente”* o *“dopo di noi”* in corso:

- SI
- NO



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



COMUNE  
DI PERUGIA



COMUNE  
DI CORCIANO



COMUNE  
DI TORGIANO



Zona Sociale n. 2 dell'Umbria

- Svolgimento di un lavoro:
  - SI
  - NO
  - Se SI, quale \_\_\_\_\_
  - Specificare tipologia contratto \_\_\_\_\_
- Frequenza di un corso di studio:
  - SI
  - NO
  - Se SI, quale \_\_\_\_\_
- Possesso di patente di guida:
  - SI
  - NO
  - Se NO, indicare il mezzo con il abitualmente si sposta \_\_\_\_\_
- Beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari:
  - SI
  - NO
  - Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, contributi economici ecc.) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**BISOGNI E NECESSITÀ DELLA PERSONA**

*Specificare brevemente i bisogni e le necessità in termini di supporti/sostegni di cui la persona necessita per intraprendere il percorso di autonomia abitativa e lavorativa:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INOLTRE DICHIARA**

di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto

**INFINE SI IMPEGNA**

a rendere le comunicazioni previste dall'art. 7 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



COMUNE  
DI PERUGIA



COMUNE  
DI CORCIANO



COMUNE  
DI TORGIANO



Zona Sociale n. 2 dell'Umbria

**Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del

Sig./Sig.ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

\_\_\_\_\_

**Allegati:**

- 1) copia del documento di identità della persona con disabilità;
- 2) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata);
- 3) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo nel caso di cittadinanza extra UE.