Allegato A – Domanda di ammissione

OGGETTO: RIAPERTURA AVVISO PUBBLICO Finalizzato all'individuazione dei beneficiari del progetto relativo alla linea di investimento 1.2. "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" Avviso 1/2022 PNRR Next Generation EU Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" CUP H34H22000250006

Il/la sottoscritto/a in qualità di RICHIEDENTE (BENEFICIARIO O LEGALE RAPPRESENTANTE)

RICHIEDENTE																
COGNOME																
NOME																
NATO A							DATA DI NASCITA									
CODICE FISCALE																
COMUNE DI RESIDENZA																
INDIRIZZO																
RECAPITO TELEFONICO																
EMAIL																

CHIEDE

Di partecipare alla selezione di cui al presente avviso per se stesso o per altro beneficiario di seguito indicato

BENEFICIARIO (compilare SOLO se diverso dal richiedente)																
COGNOME																
NOME																
NATO A							DATA DI NASCITA									
CODICE FISCALE																
COMUNE DI RESIDENZA																
INDIRIZZO																
RECAPITO TELEFONICO																
EMAIL																

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00

- Di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico finalizzato all'individuazione dei beneficiari del progetto relativo alla linea di investimento 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità". Avviso 1/2022 PNRR Next Generation EU Missione 5 "Inclusione e coesione" Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" CUP H34H22000250006;
- Di avere/che il beneficiario ha un'età compresa tra i 18 ed i 64 anni;
- Di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso di certificazione ai sensi della L.104/92 art. 3 co 1 o co. 3 ;
- Di essere affetto/ che il beneficiario è affetto da Disabilità non determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- Che il proprio stato di famiglia / che lo stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

GRADO PARENTELA	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA

- Di aver preso visione dell'informativa inerente il trattamento dei dati personali richiamata nell'Avviso e di essere informato/a, ai sensi dell'art.13 del regolamento UE 2016 del 27 aprile 2016, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza verranno trattati per le finalità richiamate nell'ambito del procedimento di cui all'oggetto;

Finanziato dall'Unione europea
NextGenerationEU

MINISTERO del LAVORO e delle POLITICHE SOCIALI

Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

PLUS
AMBITO DI ORISTANO

Alla presente domanda si allega obbligatoriamente:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del rappresentante legale (quest'ultimo se nominato)
- Eventuale provvedimento di protezione giuridica del beneficiario (tutela, curatela, amministrazione di sostegno)
- Per i cittadini extracomunitari copia titolo di soggiorno in corso di validità;
- Verbale certificazione ai sensi della l. 104/92 art. 3 co 1 o co 3

Luogo e data *Il Richiedente*

_____ _____