Comune di Mogoro Prot. n. 0009608 del 20/08/2025 Partenza Cat. 1 Cl. 1 2025-08-20 0006864
C_C816

**Al comune capofila del Plus Ales Terralba**
**Comune di Mogoro**
**Ufficio di Piano - Plus Ales Terralba**
**P.zza Giovanni XXIII**
**09095 Mogoro (OR)**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO L. 112/2016**
**Programma "Dopo di Noi"**

La/Il sottoscritta/o, in qualità di (__) diretta/o interessata/o (__) rappresentante legale:

Nome _____ Cognome _____

Nata/o a _____ il ___/___/_____ C.F. _____

Residente a _____

in Via/Piazza_____n.____

Telefono_____ e-mail: _____@_____

**CHIEDE**

ai sensi della L. 112/2016 - "Dopo di Noi" e della DGR 52/12 del 22/11/2017, l'attivazione di un progetto personalizzato per favorire preferibilmente (uno dei) i seguenti interventi:

- ☐ Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare, o per la deistituzionalizzazione (tipologia a);
- ☐ Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (tipologia b);
- ☐ Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative (tipologia d);

Il sottoscritto, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445,

**DICHIARA CHE**

**1**. Il beneficiario del progetto è: (da compilare solo se il diretto interessato è persona diversa dal beneficiario):

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il ___/___/_____ C.F. _____

Residente a _____
in Via/Piazza_____n.___

Telefono_____
e-mail_____

Comune di Mogoro Prot. n. 0009608 del 20/08/2025 partenza cat. 1 cl. 1 - 2025-08-20 - 0006864
C_C816

**2**. Il beneficiario del progetto è persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92, non determinata dal naturale processo di invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, accertata ai sensi di legge, con la seguente diagnosi: _____

_____;

**3**. Il beneficiario del progetto è privo di sostegno familiare in quanto:

- ☐ mancante di entrambi i genitori;
- ☐ I genitori non sono in grado di fornire un adeguato sostegno genitoriale;
- ☐ In vista del venir meno del sostegno familiare;

**4**. Il beneficiario del progetto rientra tra le seguenti condizioni prioritarie:

- ☐ persone mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- ☐ persone i cui genitori per ragioni connesse alla loro età o alla loro condizione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire nel prossimo futuro il sostegno necessario ad una vita dignitosa;
- ☐ persone inserite in strutture residenziali con caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare. Specificare il nome e la tipologia della struttura _____;

**5**. Il nucleo familiare del beneficiario del progetto risulta così composto (non riportare il nome del beneficiario):

| Cognome | Nome | Anno di nascita | Parentela con il beneficiario | Condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**6.** che il beneficiario usufruisce dei seguenti Servizi già attivati in suo favore:

| Tipologia di servizio | Soggetto erogatore | n. ore settimanali fruite | Operatore coinvolto | Budget annuale |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Comune di Mogoro Prot. n. 0009608 del 20/08/2025 partenza cat. 1 cl. 1 - 2025-08-20 C_C816 0006864

**7.** che l'ISEE sociosanitario del beneficiario ammonta a euro:
_____;

**8.** [ ] il beneficiario è in grado di produrre il profilo di funzionamento e la scheda di valutazione delle autonomie in quanto preso in carico dal seguente servizio/struttura (nome e ubicazione della struttura)
_____

**9.** [ ] il beneficiario non è in grado di produrre il profilo di funzionamento e la scheda di valutazione delle autonomie in quanto non in carico ad alcun servizio/struttura.

**10.** [ ] che il beneficiario per la realizzazione del progetto personalizzato mette a disposizione il seguente patrimonio:
_____
_____
in caso si tratti di immobile indicare anche:
situato in _____ Via _____ n°_____
di cui dispone a titolo di: _____

**11**. di essere a conoscenza dell'informativa allegata sul trattamento dei propri dati personali secondo quanto previsto dall'art. 13 e 14 del GDPR 679/2016 e del D. Lgs 101/2018;

**12**. Allega alla presente i seguenti documenti:

- Allegato A – Profilo di funzionamento;
- Allegato B – Scheda di valutazione autonomie;
- ISEE sociosanitario in corso di validità;
- informativa sul trattamento dei dati personali;
- copia verbale riconoscimento disabilità grave di cui all'art.3 comma 3 L104/92 (senza omissis);
- copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario se persona diversa dal richiedente;
- Copia del Decreto del Tribunale di nomina Amministratore di sostegno/tutore laddove presente.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____