



**AVVISO PUBBLICO**  
per la presentazione delle domande ai fini della realizzazione del Progetto "Vivere e Condividere", ai sensi della Legge n. 112/2016 "Dopo di Noi" ed in attuazione della DGR 627 del 23.10.2019.

**MODULO PRESENTAZIONE DOMANDA**

**All'Ufficio di Piano  
Ente d'Ambito Distrettuale Sociale n. 17  
"Montagna Pescara"  
Comune di Manoppello  
Corso Santarelli, 46  
65024 MANOPPELLO**

Il/La \_\_\_\_\_ sig./a \_\_\_\_\_ (nome e cognome)  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n°  
\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel.  
\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email  
\_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_ d'Identità

**MANIFESTA**

interesse ad accedere agli interventi ed i servizi previsti dall'Ambito Distrettuale Sociale n. 17 per la realizzazione del progetto di vita "Vivere e Condividere"

**(barrare la/e casella/e d'interesse)**

- per sé stesso
- in qualità di legale rappresentante (specificare:  tutore;  curatore;  amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità  
(nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ nel \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento d'Identità \_\_\_\_\_

-  in luogo (specificare:  coniuge;  figlio/a;  altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_

alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento d'Identità \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D. Lgs. 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.;

consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa;

#### **DICHIARA**

**di aver preso visione dell'Avviso Pubblico in materia dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 17 e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni e prescrizioni ivi contemplate;**

#### **DICHIARA**

**con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente:**

- di essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3;
- di essere dimorante presso il proprio domicilio e nel proprio contesto familiare;

#### **DICHIARA**

**con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente** che la documentazione allegata è la seguente:

- / copia documento di riconoscimento della persona adulta con disabilità interessata e richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative; *(obbligatoria)*



- in qualità di legale rappresentante (specificare:  tutore;  curatore;  amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente nel comune di \_\_\_\_\_

alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

- in qualità di dichiarante (specificare:  coniuge;  figlio/a;  altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente nel comune di

\_\_\_\_\_ alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n°

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 13 del GDPR UE 2016/679 relativi alla protezione dei dati personali e che il titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Distrettuale Sociale n.17, e-mail: [ecad.sociale17@gmail.com](mailto:ecad.sociale17@gmail.com)

### **ESPRIME**

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

### **AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_