



**Istanza per la predisposizione del
Progetto di Vita Individuale Personalizzato e Partecipato**

Sezione 1)

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA’

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____ residente

in _____ Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____

domiciliato presso _____ CAP _____ tel. _____ cell. _____

Indirizzo email _____

Codice Fiscale _____

Stato civile: _____

Cittadinanza:

- 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 _____;

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

² Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.



Comune di Santa Maria di Licodia
(Città Metropolitana di Catania)

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ
(da 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. _____ Codice Fiscale _____

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____

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 o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona con disabilità (Nome _____/Cognome _____), come sopra rappresentata, alla valutazione effettuata da parte dell'UVM territorialmente competente, per l'elaborazione e la realizzazione del Progetto di Vita Individualizzato e Partecipato (_____).

A tale fine

DICHIARA

DI VOLER PARTECIPARE ALLA STESURA DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIVIDUALE PERSONALIZZATO E PARTECIPATO

DI PROPORRE IL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIVIDUALE PERSONALIZZATO E PARTECIPATO

DICHIARA INOLTRE

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/Lavoro
I°						
II°						
III°						



Comune di Santa Maria di Licodia
(Città Metropolitana di Catania)

CONDIZIONE DI DISABILITA'

- di essere in possesso di **attestazione di condizione di disabilità ex art. 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data ____/____/____ da _____. Con verbale n. _____ comma 1 comma 3
- o di essere in possesso della certificazione di base con riconoscimento della condizione di disabilità

Diagnosi

E' in possesso di una valutazione cognitiva SI NO

E' in possesso di una valutazione funzionale SI NO

Specificare inoltre:

Altre patologie/comorbidità _____

Farmaci _____

Protesi/ausili/presidi _____

Cognome e Nome del medico curante _____ tel. _____

Cognome e Nome dello specialista di riferimento _____ tel. _____

SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un **ISEE** del valore di: € _____ in corso di validità

Sezione 2)

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

TIPO	SI	NO
Certificato di riconoscimento della condizione di disabilità		
L. 104/1992 art. 3, comma 1		



Comune di Santa Maria di Licodia
(Città Metropolitana di Catania)

L. 104/1992 art. 3, comma 3		
Invalità civile, sordità civile, cecità civile (specificare anche se con o senza indennità di accompagnamento)		
LEGGE 12 marzo 1999, n. 68 “ <i>Norme per il diritto al lavoro dei disabili</i> ”		
Riconoscimento disabilità ad elevata intensità di cura ex DM 26 settembre 2016		
Legge 112/2016 DOPO DI NOI		
Patto di Servizio ai sensi L.R. 08/17. Art.9		
Vita Indipendente		
Altro		

di voler realizzare il seguente **progetto di vita individualizzato e partecipato**:

- I. **Obiettivi di vita che si intendono perseguire** connessi a connessi a 1) apprendimento, socialità ed affettività, 2) formazione, lavoro, 3) casa e habitat sociale, 4) salute
_____:

II. **Condizione attuale:**

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:
SI NO
- Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo:
SI NO

▪ Svolgimento di un lavoro SI NO
Se SI, quale _____
Specificare tipologia contratto _____

▪ Frequenza di un corso di studio SI NO
Se SI, quale _____
Presso _____

▪ Possesso di patente di guida SI NO
Rilasciata da _____ data di scadenza _____;

Se NO, indicare il mezzo con il abitualmente si sposta _____

▪ beneficia di sostegni (servizi, interventi, prestazioni, benefici) sociali, socio-sanitari, sanitari: SI NO
Se SI, specificare di quali beneficia (es. ADI, assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro



Comune di Santa Maria di Licodia
(Città Metropolitana di Catania)

protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che il
Sig./Sig.ra _____ autorizza

Data _____

Firma _____

Data, _____

Firma

Allegati:

- 1) copia del documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria;
- 2) verbale della commissione accertamento legge n.104/92, verbale invalidità civile, L 68/99 o certificato di valutazione di base.
- 3) Nei casi di persone con disabilità rappresentate da terzi, copia del provvedimento di nomina;
- 4) certificazione ISEE in corso di validità ai sensi della normativa vigente.