

**Avviso informativo alla cittadinanza**  
**Per la partecipazione al progetto M5C2S1 Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per**  
**persone con disabilità**

**Finanziato dall'Unione Europea – Next Generation EU**  
**Missione 5 – Componente 2 – Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale"**

**ZONA SOCIALE N. 12 - Comune di ORVIETO *Comune Capofila di Zona Sociale n. 12***

**CODICE CUP: B94H22000360006**

Dichiarazione sostitutiva ed autocertificazione (ai sensi art.46 e art.47 T.U.-D.P.R. n.9877 del 28/09/2017)  
Il richiedente, o la persona che lo rappresenta legalmente, è consapevole che i requisiti dichiarati devono essere mantenuti per l'intera durata della misura, pena la cessazione della stessa

**Dati anagrafici del richiedente**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Sesso    F ☐        M    ☐                      Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ )(indicare lo  
stato se nato all'estero \_\_\_\_\_)

Residente in \_\_\_\_\_, Comune afferente la Zona Sociale n. \_\_\_\_\_

Via /P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ )

Indicare indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) Domiciliato in \_\_\_\_\_ Via /P.zza\_n°  
CAP\_\_Prov ( \_\_\_\_\_ ) E-Mail \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

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

Cittadinanza<sup>1</sup>:

☐ Cittadino italiano

☐ Cittadino comunitario, in possesso di attestazione di soggiorno permanente

☐ Cittadino extracomunitario, regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_  
o in fase 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 internazionale ai sensi del D.lgs.251/2007 così come modificato dal D.lgs.18/2014 \_\_\_\_\_

**Dati anagrafici del rappresentante legale del richiedente** (da compilare dove presente)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

(indicare lo stato se nato all'estero \_\_\_\_\_)

Residente in \_\_\_\_\_

Via /P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

Indicare indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza)

Domiciliato in \_\_\_\_\_

Via /P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

---

<sup>1</sup> 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.

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

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

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

Il richiedente o il rappresentante legale, dove nominato, consapevole delle sanzioni civili o 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 46-47 nonché dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. n.445 del 2000, relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

**Per la partecipazione al progetto M5C2S1 Investimento 1.2 –**

**Percorsi di autonomia per persone con disabilità**

**Dichiara di:**

- ☐ Avere un'età compresa tra i 18 anni compiuti ed i 65 anni non compiuti
- ☐ Essere residente in uno dei Comuni della Zona Sociale n.11 o n.12 (specificare \_\_\_\_\_)
- ☐ Essere in possesso della certificazione di handicap ai sensi dell'art.3 della Legge n. 104 del 05/02/1992 rilasciata in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ con verbale n°. \_\_\_\_\_
- ☐ Di possedere i requisiti di cui all'articolo 1, comma 1 della Legge 68/99 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili);

**Dichiara infine di:**

- ☐ Godere dei diritti civili e politici (i cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello stesso Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria);
- ☐ Non aver riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso;
- ☐ Di essere iscritto alle liste di inserimento lavorativo ex Legge 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro disabili"

***OPPURE***

☐ Di impegnarsi, in caso di ammissione all'intervento, ad iscriversi alle liste di inserimento lavorativo ex Legge 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro disabili"

Essere: ☐ Disoccupato<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

☐ Inoccupato<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

☐ Inattivo \_\_\_\_\_

☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

☐ Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dovesse verificarsi, e dichiara, altresì, di essere a conoscenza che: sui dati dichiarati possono essere effettuati controlli di cui art. 71 D.P.R. 445/2000; la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni comporta la decadenza dei benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati sulla base delle dichiarazioni non veritiere e la restituzione delle somme indebitamente percepite.

☐ In relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### **ALLEGATI:**

- Verbale di handicap (art. 3, comma 1 o 3, L. 104/92);
- *Eventuale Decreto di nomina dell'Amministratore di sostegno/Tutore;*
- *Eventuali altre certificazioni socio sanitarie che e/o ogni altra documentazione ritenuta utile.*

N.B. Per i soggetti con disturbo mentale o dello spettro autistico è necessario un certificato che attesti di essere in carico a un Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze-Centri di Salute Mentale, per i soggetti

---

<sup>2</sup> Ai sensi dell'art.19 del D.lgs n.150/2015 sono considerati disoccupati" i lavoratori privi di impiego che dichiarano, in forma telematica, al portale nazionale delle politiche del lavoro di cui all'art. 13, la propria immediata disponibilità allo svolgimento di attività lavorative ed alla partecipazione alle misure di politica attiva del lavoro concordate con il centro per l'impiego

<sup>3</sup> Ai sensi dell'art.19 comma 7 del D.lgsn.150/2015 l'accesso alle prestazioni di carattere sociale condizionato allo stato di disoccupazione non richiede la registrazione come disoccupato da parte dei soggetti non disponibili allo svolgimento dell'attività lavorativa, ma si riferisce più ampiamente alla condizione di non occupazione, anche con riferimento a coloro che svolgono attività lavorativa di scarsa intensità, cioè attività lavorativa in forma subordinata, parasubordinata o autonoma da cui derivi un reddito annuo inferiore al reddito minimo escluso da imposizione. Tale limite è pari, per le attività di lavoro subordinato o parasubordinato, ad euro 8.000, e per quelle di lavoro autonomo ad euro 4.800

con disabilità mentale/intellettuale e/o psichica è necessario un certificato che attesti di essere in carico ai servizi sociali o socio-sanitari. Copia del documento di identità della persona

- Copia del documento di identità del suo legale rappresentante (dove presente)

### **Informativa sul trattamento dei dati personali**

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, 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. Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla armonizzazione e al blocco dei dati trattati.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali. Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.. Il comune di Narni quale capofila della Zona sociale n. 11 è Titolare del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Data\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_