Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ufficio dei Servizi Sociali

Modello di Domanda

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA – MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE” COMPONENTE 2 INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ” - DISTRETTO SOCIO SANITARIO n.50

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_il e residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_

Rec. Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

in qualità di: □ diretto beneficiario □ persona delegata

ESPRIME

**manifestazione d'interesse a partecipare** al Progetto PNRR - Missione 5 “Inclusione e coesione” - Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore” - Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale” - Intervento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità

(solo nel caso di persona delegata) **in favore di**:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente

a in via

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

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, il possesso, da parte del beneficiario, dei requisiti previsti dall'Avviso Pubblico

"PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA – MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE” COMPONENTE 2 INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ” - DISTRETTO SOCIO SANITARIO 50

Progetto finanziato dall’Unione europea – Next Generation EU - CUP: I14H22000410006"

Allega alla presente:

1. copia del documento di riconoscimento del potenziale beneficiario;
2. attestazione relativa allo stato di disabilità e attestante il possesso dei requisiti previsti dal bando.

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/67); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Addì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

(allegare copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante)