



ALLEGATO A

PNRR- Missione 5 Componente 2 **Investimento 1.2** **Percorsi di autonomia per persone con disabilità**

CUP D54H22000300006

Al Comune di Colleferro
Ente Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 5.6
comune.colleferro@legalmail.it

Il/la

sottoscritto/a

.....
Residente

in.....

.....

Via/Piazza....., n....., prov.

.....

C.F.

.....

.....

Tel. | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione per soggetti interessati alla linea di finanziamento PNRR per la Missione 5 – Inclusione e coesione – Componente C2 – Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore – Sottocomponente 1 Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale – Investimento 1.2 – Percorsi di autonomia per le persone con disabilità. Consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), sotto la sua responsabilità

DICHIARA (barrare la casella corrispondente)

Di essere residente nel Comune di _____

Di essere persona maggiorenne con disabilità

ai sensi della Convenzione delle Nazioni Unite (...coloro che presentano menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri...) Extracomunitaria

in possesso di certificazione Legge 104/1992 art. 3, comma 1, comma 3 e quindi persone alle quali è riconosciuta una invalidità in base all'articolo 1, della legge 68/99; Scadenza
in condizione di disoccupazione alla data di avvio del percorso di autonomia.

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- La Commissione nominata dalla Coordinatrice del Distretto Socio-sanitario RM 5.6, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

SI IMPEGNA

A comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura di selezione di cui all'Avviso in oggetto.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il beneficiario individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del Distretto Socio-sanitario RM 5.6 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Il trattamento dei dati verrà effettuato dal personale dell'Amministrazione procedente e da eventuali altri addetti, preventivamente individuati, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza, e potrà essere effettuato, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, mediante strumenti cartacei, informatici e telematici idonei a memorizzarli, gestirli e trasmetterli.

Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria. Il loro mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla procedura di cui al presente Avviso.

SI

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti pubblici.

Allega i seguenti documenti:

- ✓ fotocopia di un documento di identità in corso di validità con firma autografa.
- ✓ Certificazione L.n. 104/1992, Comma 1, Comma 3
- ✓ altro _____

LUOGO E DATA

FIRMA
