

Allegato “A” - Schema di avviso pubblico

***“Interventi personalizzati destinati alle persone con disabilità e grave limitazione
dell'autonomia finalizzati a garantire il diritto ad una vita indipendente”***

AVVISO PUBBLICO

per la presentazione

dei progetti di Vita Indipendente

a valere sul Progetto Versilia Insieme per la Vita Autonoma - V.I.V.A.

finanziato dal PR FSE+ 2021-2027

Articolo 1 – Riferimenti normativi

La Zona distretto Versilia adotta il presente avviso in coerenza ed attuazione con le seguenti disposizioni:

- il Regolamento (UE, Euratom) n. 2020/2093 del Consiglio del 17 dicembre 2020 che stabilisce il quadro finanziario pluriennale per il periodo 2021-2027;
- il Regolamento (UE) n. 2021/1060 del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 giugno 2021, recante le disposizioni comuni applicabili al Fondo europeo di sviluppo regionale, al Fondo sociale europeo Plus, al Fondo di coesione, al Fondo per una transizione giusta, al Fondo europeo per gli affari marittimi, la pesca e l'acquacoltura, e le regole finanziarie applicabili a tali fondi e al Fondo Asilo, migrazione e integrazione, al Fondo Sicurezza interna e allo Strumento di sostegno finanziario per la gestione delle frontiere e la politica dei visti;
- il Regolamento (UE) n. 2021/1057 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 24 giugno 2021, che istituisce il Fondo sociale europeo Plus (FSE+) e che abroga il regolamento (UE) n. 1296/2013;
- la Decisione di esecuzione della Commissione C(2022) 6089 final del 19 agosto 2022 che approva il Programma "PR Toscana FSE+ 2021-2027" per il sostegno del Fondo Sociale Europeo nell'ambito dell'obiettivo "Investimenti a favore dell'occupazione e della crescita" per la Regione Toscana in Italia;
- la Delibera della Giunta Regionale n. 122 del 20 Febbraio 2022 e ss.mm.ii., con la quale è stato approvato il Provvedimento Attuativo di Dettaglio (PAD) Versione I del PR FSE+2021-2027;
- la Delibera della Giunta Regionale n. 520 del 6 Maggio 2024, con la quale è stata approvata la proposta di riprogrammazione del PR FSE+ 2021-2027, notificata alla Commissione Europea tramite SFC21 in data 8 maggio 2024;
- la Delibera della Giunta Regionale n. 1449 del 19/12/2017 "Percorso di attuazione del modello regionale di Presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di vita";
- la Delibera della Giunta Regionale n. 1642 del 23/12/2019 che, in attuazione della D.G.R. n. 1449/2017, ha approvato il "Il modello regionale del percorso di presa in carico della persona con disabilità" e definito i livelli minimi di governo e organizzativi della presa in carico della persona con disabilità, con particolare riferimento alla Unità di Valutazione Multidisciplinare per la Disabilità (UVMD);
- la Delibera della Giunta Regionale n. 1055 dell'11/10/2021 "Il modello regionale del Percorso di presa in carico della persona con disabilità: approvazione strumenti, procedure e metodologie, in attuazione della DGR 1449/2017.
- la Decisione di Giunta regionale n. 12 del 29 gennaio 2024 e ss.mm.ii relativa all'approvazione del cronoprogramma 2024-2026 dei bandi e delle procedure di evidenza pubblica a valere sulle risorse europee.
- la Delibera della Giunta Regionale n. 520 del 6 maggio 2024, con la quale è stata approvata la proposta di riprogrammazione del PR FSE+ 2021-2027, notificata alla Commissione Europea tramite SFC21 in data 8 maggio 2024;
- la Decisione di esecuzione C(2024) 4745 final dell'01/07/2024 con cui la CE ha approvato la riprogrammazione del PR FSE+ 2021-2027 della regione Toscana;
- la Delibera di Giunta regionale n. 818 del 15 luglio 2024 che prende atto della Decisione della Commissione Europea C (2024) 4745 final del 1 luglio 2024 che approva la riprogrammazione del PR FSE+ anni 2021-2027.
- il Decreto n. 20946 del 13/09/2024 con cui il Settore Investimenti per l'inclusione e l'accessibilità di Regione Toscana ha approvato il progetto "Versilia Insieme per la Vita Autonoma - V.I.V.A.";

Articolo 2 – Finalità generali

La finalità del presente intervento, nel perseguimento dei principi fondamentali della Costituzione della Repubblica italiana con particolare riferimento alla pari dignità sociale ed uguaglianza dei cittadini di cui all'art. 3, è volta a garantire alle persone con disabilità e grave limitazione dell'autonomia la possibilità di autode-terminarsi su base di uguaglianza con gli altri, definendo in maniera autonoma il proprio progetto di vita, evitando o prevenendo situazioni di isolamento e segregazione.

L'intervento attua l'articolo 19 "Vita indipendente e inclusione nella società" della *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità* (New York, 13 dicembre 2006 - ratificata in Italia con Legge 3 marzo 2009, n. 18) alle quali si riconosce il diritto di vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone per favorirne l'integrazione e la partecipazione assicurandone pari opportunità e possibilità di autodeterminazione.

Lo stesso, inoltre, si pone in piena coerenza con quanto proclamato congiuntamente, nel 2017, dal Parlamento Europeo, dal Consiglio e dalla Commissione nel *Pilastro europeo dei diritti sociali* in funzione del raggiungimento del traguardo numero 17 "Inclusione delle persone con disabilità"; che prevede, fra gli altri punti, che vengano garantiti servizi che consentano alle persone con disabilità di partecipare al mercato del lavoro e alla società ed a un ambiente di lavoro adeguato alle loro esigenze.

La stessa Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle regioni (COM(2021) 101 final recante "*Un'Unione dell'uguaglianza: strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030*") è volta a potenziare e migliorare la vita delle persone con disabilità, sottolineando l'importanza della vita indipendente e della inclusione nella comunità.

In particolare, l'intervento si propone di far uscire le persone con disabilità e grave limitazione dell'autonomia da una condizione di fragilità e rischio di esclusione sociale, attraverso l'attivazione di un progetto di Vita Indipendente che permetta loro una maggiore autonomia nella realizzazione delle proprie scelte di vita.

Nel concetto di *indipendenza* risiede altresì la volontà di non agire in maniera assistenziale e diretta nei confronti delle persone con disabilità e grave limitazione dell'autonomia ma di fornire gli strumenti che permettano loro di autodeterminarsi grazie alla libertà di scegliere il proprio percorso di vita. Questa libertà è data anche dalla consapevolezza che l'intervento fornirà un supporto materiale, fisico e pratico che permetterà di uscire da situazioni di isolamento e segregazione. Il destinatario, la persona con disabilità e grave limitazione dell'autonomia, non è più l'oggetto di cura ma partecipa attivamente all'impostazione dell'intervento stesso, scegliendo tra diverse opzioni, gli strumenti che ritiene più utili per il proprio percorso.

Il presente avviso si inserisce nell'ambito dell'intervento sostenuto da Regione Toscana "*Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società*" a valere sul PR FSE+ 2021-2027 ai fini della selezione dei destinatari.

Articolo 3 – Destinatari

Possono presentare domanda di contributo per la realizzazione del proprio progetto di Vita indipendente (di seguito, anche *domanda*) esclusivamente le persone con disabilità in possesso dei seguenti requisiti:

- certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92;
- età superiore ai 18 anni;
- residenza nella Zona distretto della Toscana in cui è presentata la domanda;
- capacità di esprimere la propria volontà e autodeterminazione, anche se in maniera supportata, e la volontà di gestire in modo autonomo le proprie scelte, realizzando il proprio progetto di vita indipendente.

I requisiti indicati devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda.

Le persone che siano già beneficiarie di misure analoghe o altri contributi o agevolazioni a copertura dei medesimi servizi oggetto del presente avviso, possono presentare domanda per l'erogazione dell'intervento in materia di vita

indipendente. In tal caso, l'ammissione a finanziamento è subordinata alla presentazione di formale rinuncia alla fruizione delle suddette misure o contributi.

Articolo 4 – Obiettivi progettuali, tipologia di servizi finanziabili, spese ammissibili

Il progetto di Vita Indipendente presentato, coerentemente con le finalità del presente avviso, può prevedere uno o più degli obiettivi di seguito riportati.

Questi ultimi hanno lo scopo di garantire lo svolgimento indipendente di più attività, al fine di non escludere a priori nessuna fascia di età :

- a) supporto a percorsi di lavoro;
- b) supporto a percorsi di formazione;
- c) sostegno al ruolo genitoriale;
- d) percorsi di de-istituzionalizzazione / uscita dal nucleo familiare di origine;
- e) sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione;
- f) supporto per lo svolgimento di attività sportive;
- g) mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria.

Gli obiettivi progettuali di cui alle lettere a), b), d), e), f), g) devono essere avviati entro massimo 4 mesi dalla sottoscrizione del Piano di spesa.

L'obiettivo progettuale di cui alla lettera a) può riguardare attività lavorativa autonoma, dipendente, pubblica, privata, a tempo indeterminato o determinato, part time o full time.

L'obiettivo progettuale di cui alla lettera b) deve avere un monte orario complessivo non inferiore a 150 ore.

L'obiettivo progettuale di cui alla lettera c) può essere indicato solo in presenza di almeno un figlio minorenne o senza limiti di età in caso di figlio con disabilità, alla data di presentazione della domanda.

L'obiettivo progettuale di cui alla lettera d) è riconosciuto nei casi di documentato ricovero permanente in strutture residenziali sociali, sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private, per i quali è avviato o previsto un percorso di de-istituzionalizzazione e nei casi documentati di avvio di un progetto di abitare in autonomia rispetto al nucleo familiare di origine.

L'obiettivo progettuale di cui alla lettera g) prevede la fruizione di prestazioni di fisioterapia erogate da parte di soggetti abilitati alla professione ai sensi della normativa vigente.

Per il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra, il destinatario può selezionare, secondo le modalità più confacenti al proprio progetto di vita indipendente, **uno o più fra i seguenti servizi**:

- **personale** (assistente personale e/o fisioterapista). Nel periodo di assegnazione del contributo FSE+, è sempre possibile la cessazione del contratto e l'assunzione di un nuovo assistente personale per il periodo residuo;
- **trasporto** (servizi pubblici o del privato sociale);
- **iscrizione ad attività sportive**.

Il destinatario sceglie autonomamente i propri assistenti personali ed è tenuto a regolarizzarne il rapporto di lavoro in modo formale, nel rispetto della normativa vigente. Le tipologie di rapporto con gli assistenti personali previste sono:

- contratto di lavoro, in caso di rapporto diretto con personale privato scelto dalla persona;
- se necessaria intermediazione, contratto con soggetto terzo autorizzato all'attività di somministrazione;
- prestazione occasionale attraverso l'acquisizione di ore di lavoro con il Libretto famiglia, fino al raggiungimento del limite complessivo massimo annuo previsto dalla normativa vigente;
- acquisizione di ore di prestazione da soggetto accreditato ai sensi della LR n. 82/2009.

I contributi di cui al presente avviso non sono cumulabili con le agevolazioni fiscali previste da altre disposizioni di legge nazionali a valere sui medesimi interventi.

Articolo 5 – Ammissibilità delle domande

Le domande saranno ammesse se risulteranno:

- pervenute entro la data di scadenza indicata nell'art. 7 del presente avviso;
- presentate da un soggetto ammissibile di cui all'art. 3;
- presentate con le modalità indicate nell'art. 7;
- corredate della documentazione firmata indicata all'art. 6

Eventuali irregolarità formali/documentali potranno essere integrate su richiesta dell'Amministrazione competente, entro massimo 10 giorni lavorativi dalla richiesta.

Articolo 6 – Presentazione del progetto di Vita Indipendente

I potenziali destinatari in possesso dei requisiti di cui all'art. 4 presentano la domanda di contributo, compilata in tutte le sue parti, per la realizzazione del proprio progetto di Vita Indipendente. Nello specifico, la documentazione necessaria si compone di:

- a) scheda di iscrizione FSE+ (allegato n. 1);
- b) formato progetto di Vita Indipendente (allegato n. 2), all'interno del quale dovranno essere indicati:

- almeno un obiettivo progettuale fra quelli indicati all'art. 4;
- il progetto di vita che illustri, per ciascun obiettivo, le modalità con cui si intende realizzarlo, nonché una stima delle risorse necessarie con riferimento ai servizi di cui all'art. 4;
- la durata dei servizi previsti, coerentemente con gli obiettivi. **Il progetto non potrà, in ogni caso, avere una durata inferiore a sei mesi e dovrà terminare entro e non oltre la data del 31 dicembre 2027.**

La domanda è finalizzata alla candidatura del potenziale destinatario alla progettualità di cui al presente avviso ed è soggetta all'iter dell'istruttoria come descritto negli articoli successivi.

Articolo 7 – Scadenza e modalità di presentazione delle domande

Il presente avviso resta aperto per una **prima finestra temporale di 30 giorni** a decorrere dalla data della sua pubblicazione fissata per il giorno 14/10/2024. Pertanto la scadenza sarà il 12/11/2024.

Qualora la data di scadenza cada di giorno festivo, si considera il giorno lavorativo immediatamente successivo.

In questo intervallo temporale, è possibile presentare la domanda, compilando i moduli di cui agli allegati n. 1 e n. 2 in tutte le sue parti.

La domanda deve essere presentata a mezzo Pec all'indirizzo:

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it scrivendo nell'oggetto "VITA INDIPENDENTE VERSILIA – COD. 316721".

Successivamente alla prima finestra temporale di presentazione delle domande, i potenziali destinatari possono presentare domanda a partire dal 1° aprile 2025 fino al 31 maggio 2027, o altro termine che potrà essere comunicato dall'Amministrazione competente.

Articolo 8 – Criteri di valutazione dei progetti di Vita Indipendente

La persona con disabilità è titolare del progetto di vita e ne richiede l'attivazione, concorre a determinarne i contenuti, esercita le prerogative volte ad apportarvi le modifiche e le integrazioni, secondo i propri desideri, le proprie aspettative e le proprie scelte.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale della Disabilità (di seguito anche UVMD) valuta i progetti presentati sulla base dei seguenti criteri:

- condizione funzionale, intesa come limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento delle attività di vita quotidiana e di tutte quelle azioni che la persona con disabilità non può svolgere direttamente;
- coerenza e congruità della proposta progettuale rispetto a obiettivi, condizione funzionale di cui al punto precedente e risorse stimate;
- fragilità socio-economica del contesto di provenienza.

Sono causa di esclusione della domanda tutti i casi in cui la valutazione della coerenza della proposta progettuale abbia esito negativo.

Articolo 9 – Valutazione dei progetti di Vita Indipendente e Piano di Spesa

L'istruttoria delle domande presentate prende avvio a decorrere dal primo giorno lavorativo utile successivo alla scadenza dei termini di presentazione delle stesse e deve concludersi entro il 27/12/2024 e comunque, non oltre 45 giorni.

La fase istruttoria comporta una prima valutazione di tipo amministrativo, relativa al possesso dei requisiti di accesso di cui all'art. 3, e una valutazione multiprofessionale da parte della UVMD, che comprende la presa in carico della persona e la valutazione dei bisogni espressi dalla stessa e del progetto di Vita Indipendente presentato. L'UVMD può richiedere documenti integrativi.

In seguito alla valutazione multiprofessionale e tenendo conto dei criteri di valutazione dei progetti di cui all'art. 8, la UVMD definisce il contributo mensile assegnato al progetto di Vita Indipendente.

Il contributo assegnato s'intende consolidato fino alla conclusione del progetto, anche al modificarsi della condizione socioeconomica della persona con disabilità.

La Zona Distretto approva, con proprio provvedimento amministrativo, l'elenco dei progetti ammessi a finanziamento (e il relativo contributo a valere sul PR FSE+ 2021-2027), dei progetti esclusi e dei progetti eventualmente ammessi ma non finanziabili per esaurimento di risorse.

Per ciascun progetto ammesso a finanziamento, la Zona distretto predisponde un Piano di Spesa in cui sono indicati i dati della persona e l'importo del contributo mensile determinato dalla UVMD per il progetto di Vita Indipendente.

Il Piano di Spesa è concordato e sottoscritto dal soggetto beneficiario e dal destinatario (o suo rappresentante legale, se nominato) e deve contenere data e luogo di sottoscrizione.

La data di sottoscrizione del Piano di Spesa rappresenta l'assegnazione formale del contributo, costituendo la data di decorrenza della stessa ammissibilità delle spese. Qualora la data di sottoscrizione del Piano di Spesa sia antecedente al 1° gennaio 2025, il periodo di ammissibilità della spesa decorre, in ogni caso, dal 1° gennaio 2025.

Ogni variazione del progetto approvato che comporti una modifica al Piano di Spesa, entro i limiti dell'importo assegnato, deve essere richiesta e concordata con la Zona distretto e dà luogo ad una variazione al Piano di Spesa e a nuova sottoscrizione dello stesso.

Ogni variazione del progetto approvato che comporti una modifica dell'obiettivo di Vita Indipendente, dà luogo alla chiusura del progetto e alla presentazione di una nuova domanda e progetto di Vita Indipendente.

In tutti i casi, al termine del progetto, ogni destinatario può presentare nuova domanda di contributo, nel rispetto del termine ultimo di cui all'art. 7.

Articolo 10 – Risorse disponibili e contributo assegnabile

Per il presente avviso pubblico sono disponibili Euro 1.613.642,17 a valere sul PR FSE+ 2021-2027. Sono finanziati i progetti risultati idonei, in ordine cronologico di presentazione delle domande, fino ad esaurimento delle risorse disponibili.

Per ciascun progetto è erogabile un contributo mensile da Euro 800 a Euro 2.000, ferme restando le richieste di contributo di importo inferiore.

Il periodo di ammissibilità del beneficio economico non è in alcun modo retroattivo e decorre dalla data di sottoscrizione del Piano di Spesa, **fermo restando che il periodo di ammissibilità delle spese decorre a partire dal 1° gennaio 2025.** Il beneficio economico è erogato con periodicità mensile a decorrere dalla data di effettivo avvio delle attività e **solo ed esclusivamente a seguito di rendicontazione delle spese** come definite all'art. 12.

Il contributo erogato non può superare le spese effettivamente sostenute e rendicontate.

Eventuali risorse residue derivanti da cessazioni o minori rendicontazioni della spesa restano vincolate e comunque disponibili per il finanziamento dei progetti oggetto del presente avviso.

Articolo 11 – Esclusione, decadenza, sospensione, cessazione

È motivo di **esclusione** della domanda:

- a) mancato possesso dei requisiti di cui all'art. 3;
- b) per la prima finestra temporale di cui all'art. 7, presentazione della domanda oltre i termini previsti;
- c) presentazione della domanda con modalità differenti rispetto a quanto disciplinato all'art. 7.

È motivo di **decadenza** del beneficio:

- a) la perdita dei requisiti di cui all'art. 3;
- b) il mancato avvio delle attività entro 4 mesi dalla sottoscrizione del Piano di Spesa;
- c) il mancato rispetto degli obblighi contrattuali nei riguardi dell'assistente personale o altra figura professionale;
- d) il ricovero permanente in struttura residenziale;
- e) la mancata trasmissione dei documenti e delle rendicontazioni mensili delle spese sostenute, entro 60 giorni successivi rispetto al mese di riferimento;
- f) la destinazione delle risorse economiche a scopi diversi da quelli definiti nel progetto di Vita Indipendente;
- g) ogni altra eventuale inadempienza agli obblighi assunti con la sottoscrizione del Piano di Spesa.

È motivo di **sospensione** del contributo l'inserimento temporaneo in struttura residenziale riabilitativa, sociosanitaria o ospedaliera e per il medesimo periodo di permanenza, se superiore a 30 giorni consecutivi.

La persona può richiedere la **cessazione** del progetto e del contributo, attraverso formale rinuncia da inviare all'indirizzo PEC direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it scrivendo nell'oggetto **"CESSAZIONE VITA INDIPENDENTE VERSILIA – COD. 316721"**.

Il destinatario deve **comunicare tempestivamente** alla Zona distretto di riferimento ogni informazione relativa a ricoveri, dimissioni in struttura residenziale riabilitativa, sociosanitaria o ospedaliera.

Articolo 12 – Rendicontazione delle spese

A cadenza mensile e per tutta la durata del progetto, la persona con disabilità (o suo rappresentante legale, se nominato) è tenuta ad effettuare la rendicontazione delle spese sostenute alla Zona distretto di riferimento, secondo l'allegato “Richiesta rimborso spese del destinatario”.

Di seguito, il prospetto, per ogni tipologia di spesa ammissibile, dei relativi giustificativi da rendicontare:

Tipologie di servizi/spese	Giustificativi mensili	Ulteriore documentazione da presentare
Spese di personale (assistente personale)	Copie busta paga quietanzate Bollettini trimestrali versamento contributi previdenziali e assicurativi quietanzati Fattura/ricevuta fiscale quietanzata (se tramite soggetto accreditato ai sensi della LR n. 82/2009) Libretto famiglia (se prestazione occasionale) (nei limiti del massimale previsti dalla normativa vigente)	Da presentare in sede di <u>prima richiesta</u> di rimborso: - Copia contratto di lavoro se il rapporto è diretto tra lavoratore e persona con disabilità (o suo rappresentante legale, se nominato) e copia denuncia rapporto di lavoro a INPS*; - Copia contratto con soggetto terzo, se il rapporto è tramite soggetto autorizzato all'attività di somministrazione e Comunicazione obbligatoria (Unisomm)
Spese di personale (fisioterapista)**	Fattura/ricevuta fiscale/note di debito quietanzate	-
Spese di trasporto (servizi pubblici o del privato sociale)***	<u>Trasporto/servizio pubblico:</u> abbonamenti, carnet o biglietti mezzi pubblici; fattura/ricevuta fiscale quietanzata in caso di taxi <u>Trasporto privato sociale:</u> fattura o ricevuta fiscale quietanzata rilasciata da associazione o cooperativa	<u>Trasporto/servizio pubblico:</u> L'abbonamento, il carnet e singoli biglietti valgono anche come documento di quietanza. In presenza di numerosi biglietti, può essere presentato il riepilogo dei biglietti acquistati, scaricabile dall'app utilizzata
Spese di iscrizione e quote di abbonamento ad attività sportive****	Fattura, ricevuta fiscale o altro documento contabile quietanzato attestante l'iscrizione o l'abbonamento	

* Per le spese di personale (assistente personale), si rimanda al CCNL di riferimento.

** Per le spese relative ai fisioterapisti, sono riconosciuti gli importi massimi in linea con le tariffe medie del mercato.

*** Per le spese di trasporto, sarà riconosciuto fino a un importo massimo mensile pari a Euro 200,00 (fatta salva la L.R. del 23 dicembre 1998 n. 100).

**** Per le spese di iscrizione ad attività sportive, sarà riconosciuto fino a un importo massimo mensile pari a Euro 100,00.

Ove possibile, le fatture/ricevute dovranno riportare nell'oggetto la seguente dicitura “PR FSE+ 2021-2027 – Avviso Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società – CUP n. J39G24000550006” prima della descrizione dell'oggetto che riporta il servizio/prestazione fornito (fatture “parlanti”).

La rendicontazione mensile dei giustificativi di spesa deve essere inviata al seguente indirizzo mail dedicato esclusivamente al progetto vitaindipendente.ve@uslnordovest.toscana.it

Articolo 13 – Criteri generali di ammissibilità dei costi

Per essere rimborsabili le spese devono essere:

- riferibili al periodo di validità del contributo e, comunque, a partire dal 1° gennaio 2025 e non oltre il 31 dicembre 2027;
- relative allo specifico intervento approvato dall'Amministrazione competente;
- effettivamente sostenute, ovvero corrispondenti a pagamenti effettuati dalla persona con disabilità e giustificate da documenti di valore probatorio;
- ricomprese nei limiti del Piano di Spesa approvato;
- ammissibili secondo le vigenti normative comunitarie, nazionali e regionali.

Articolo 14 – Controlli sulle dichiarazioni sostitutive

Le dichiarazioni sostitutive presentate sono sottoposte a controlli e verifiche da parte della Zona distretto di residenza, secondo le modalità e condizioni previste dagli artt. 71 e 72 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii, anche a campione in misura proporzionale al rischio e all'entità del beneficio, e nei casi di ragionevole dubbio. È disposta la decadenza dal beneficio qualora, dai controlli effettuati ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii, emerga la non veridicità delle dichiarazioni finalizzate ad ottenerlo, fatte salve le disposizioni penali vigenti in materia.

Articolo 15 – Principi orizzontali

Nell'ambito del presente avviso, sono rispettati i principi orizzontali di cui all'art. 9 del Regolamento (UE) n. 2021/1060 e coerentemente con quanto previsto nel documento *"Criteri di selezione delle operazioni da ammettere al cofinanziamento del Fondo Sociale Europeo Plus nella Programmazione 21-27 della Regione Toscana"*.

In particolare, dovranno essere assicurati i seguenti principi generali:

- rispetto dei diritti fondamentali e conformità alla Carta dei diritti fondamentali dell'UE;
- parità tra uomini e donne, integrazione di genere e integrazione della prospettiva di genere;
- accessibilità per le persone con disabilità.

Articolo 16 – Privacy

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 i dati personali saranno raccolti per le finalità di monitoraggio, comunicazione, controllo e archiviazione, previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo Plus e saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

La Zona distretto è cotitolare del trattamento (Azienda Usl Toscana Nord Ovest – Direzione Amministrativa Zona Distretto Versilia c/o Villa Pergher Via Aurelia, 335 – 55041 Lido di Camaiore, pec: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it).

Il conferimento dei dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.

I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.

I dati acquisiti in esecuzione del presente atto potranno essere comunicati ad organismi, anche dell'Unione europea o nazionali, direttamente o attraverso soggetti appositamente incaricati, ai fini dell'esercizio delle rispettive funzioni di controllo sulle operazioni che beneficiano del sostegno del FSE+. Verranno inoltre conferiti nella banca dati ARACHNE, strumento di valutazione del rischio sviluppato dalla Commissione europea per il contrasto delle frodi. Tale strumento costituisce una delle misure per la prevenzione e individuazione della frode e di ogni altra attività illegale che possa minare gli interessi finanziari dell'Unione, che la Commissione europea e i Paesi membri devono adottare ai sensi dell'articolo 325 del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE).

I dati saranno conservati nel Sistema Informativo FSE e presso gli uffici del Responsabile del procedimento Zona Distretto Versilia per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Articolo 17 – Reclami e ricorsi

Presso la Regione Toscana è istituito per il PR FSE+ un Punto di contatto <https://www.regione.toscana.it/-/programma-regionale-fondo-sociale-europeo-plus-il-punto-di-contatto-ufficiale-e-altri-contatti>, con il compito di ricevere ed esaminare eventuali reclami riguardanti il rispetto della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, e, se del caso, di coinvolgere gli organismi competenti per materia anche al fine di individuare le opportune misure correttive da sottoporre all'Autorità di Gestione (AdG).

I soggetti interessati possono, pertanto, presentare reclamo secondo le procedure e con la modulistica pubblicata sul sito della Regione.

Avverso il presente avviso potrà essere presentato ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale della Toscana entro 60 giorni dalla pubblicazione dello stesso sul sito istituzionale dell'Azienda Usl Toscana Nord Ovest nella sezione Bandi e Concorsi <https://www.uslnordovest.toscana.it/bandi-e-concorsi>

Articolo 18 – Informazioni sul procedimento

Il responsabile del procedimento è la Dott.ssa Manuela Folena.

Per richiedere informazioni è possibile rivolgersi a:

Dott.ssa Sara Consani tel. 0584/6059366 e-mail: sara.consani@uslnordovest.toscana.it

Il presente avviso pubblico e la relativa modulistica per la presentazione delle domande sono reperibili al seguente sito istituzionale dell'Azienda Usl Toscana Nord Ovest nella sezione Bandi e Concorsi <https://www.uslnordovest.toscana.it/bandi-e-concorsi>

Allegato n. 1 - Scheda di iscrizione FSE+**SCHEDA DI ISCRIZIONE PARTECIPANTI**

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

A cura dell'Ente Attuatore

TITOLO DELL'INTERVENTO

VERSILIA INSIEME PER LA VITA AUTONOMA – V.I.V.A.

ENTE ATTUATORE

ZONA DISTRETTO VERSILIAI sottoscritto/a _____nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ / _____ / _____ a (Comune) _____(Provincia) (_____) (Stato) _____Codice fiscale

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARAdi essere di sesso: M F ; di avere cittadinanza _____
_____;

di risiedere in via/piazza _____ n° _____

Comune _____ CAP _____

Provincia _____ n° tel. _____

N°cell. _____

E-mail _____

(da compilare se la residenza è diversa dal domicilio)

di essere domiciliato in via/piazza _____

n° _____ Comune _____ n° _____

CAP _____ Provincia _____

n° tel. _____

1.1 per quanto riguarda gli indicatori comuni di output:

- **di essere nella seguente condizione occupazionale:**
 - OCCUPATO** (*compresi i lavoratori autonomi, anche chi ha occupazione saltuaria/atipica e chi è in C.I.G. ordinaria o assegno ordinario FIS, FSBA o altri fondi*);
 - DISOCCUPATO** (*chi ha perso il lavoro, chi non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro, chi ha cessato un contratto a tempo determinato, chi è in C.I.G. straordinaria o assegno di solidarietà FIS, FSBA o altri fondi*);
 - INATTIVO** (*casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio civile, in altra condizione diversa da studente*);
 - STUDENTE**
- **se DISOCCUPATO indicare di essere disoccupato da:**
 - meno di 6 mesi 6 a 11 mesi 12 a 24 mesi oltre 24 mesi
- **di essere in possesso del titolo di studio di:**
 - Licenza elementare/Attestato di valutazione finale
 - Licenza media /Avviamento professionale
 - Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (iefp), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)
 - Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università
 - Qualifica professionale regionale post-diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)
 - Diploma di tecnico superiore (ITS)
 - Laurea di I livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
 - Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di conservatorio, accademia di belle arti, accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)
 - Titolo di dottore di ricerca
 - Nessun titolo

1.2 per quanto riguarda gli altri indicatori comuni di output:

- **di appartenere a una delle seguenti categorie:**
 - Persona con disabilità¹
 - Cittadino/a di paesi terzi²
 - Partecipante di origine straniera³

1Definizioni:

Invalidi civili maggiorenni con invalidità certificata superiore al 67%, invalidi civili minorenni, cittadini con indennità di accompagnamento, cittadini con certificazione ai sensi dell'articolo 3, comma 1 e 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104, ciechi civili, sordi civili, invalidi e inabili ai sensi della legge 12 giugno 1984, n. 222, invalidi sul lavoro con invalidità certificata pari o superiore al 34%, invalidi sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa o con menomazioni dell'integrità psicofisica, inabili alle mansioni ai sensi della legge 11 aprile 1955, n. 379, del d.p.r. 29 dicembre 1973, n. 1092 e del d.p.r. 27 luglio 2011, n. 171, e inabili ai sensi dell'articolo 13, legge 8 agosto 1991, n. 274 e dell'articolo 2, legge 8 agosto 1995, n. 335, cittadini titolari di trattamenti di privilegio ordinari e di guerra, cittadini privi di certificazione che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione)

² Persona che non è cittadino dell'Unione, compresi gli apolidi e le persone con cittadinanza indeterminata

- Appartenente a minoranze a rischio esclusione⁴
- Persona senzatetto o persone colpite da esclusione abitativa⁵
- Partecipanti provenienti da zone rurali
- Nessuna delle precedenti

DATA ____ / ____ / ____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

N.B. Allegare copia del Documento di Identità in corso di validità del Dichiaraante e del Beneficiario se diverso dal Dichiaraante.

³ Cittadini degli Stati membri dell'UE che erano cittadini di un paese terzo e che sono diventati cittadini dell'UE attraverso il processo di naturalizzazione in uno degli Stati membri dell'UE

⁴ Persone appartenenti a popolazioni, tra i quali Rom, Sinti e altri sottogruppi, fatti oggetto di una specifica forma di discriminazione e razzismo (definito "antiziganismo") e gruppi di persone con caratteristiche personali che le rendono soggette a discriminazione, quali la comunità LGBT+)

⁵ Persone che vivono dove capita e in alloggi di emergenza, persone che vivono in alloggi per i senzatetto, nei rifugi per donne, in alloggi per gli immigrati, persone che sono state dimesse dagli istituti e persone che beneficiano di un sostegno di lungo periodo perché senzatetto, persone che vivono in situazioni di locazioni a rischio, sotto la minaccia di sfratto o di violenza, persone che vivono in condizioni abitative inadeguate; persone che vivono in alloggi non idonei, abitazioni non convenzionali, ad esempio in roulotte senza un adeguato accesso ai servizi pubblici come l'acqua, l'elettricità, il gas o in situazioni di estremo sovraffollamento, persone inserite in progetti di Housing First /Housing Led per le quali è ancora attiva la presa in carico da parte servizi sociali territoriali.

**Informativa della Regione Toscana agli interessati ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016
“Regolamento Generale sulla protezione dei dati”**

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità di monitoraggio, comunicazione, controllo e archiviazione, previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo Plus, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Toscana - Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza duomo 10 - 50122 Firenze); regionetoscana@postacert.toscana.it).
2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.
3. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
4. I dati acquisiti in esecuzione del presente atto potranno essere comunicati ad organismi, anche dell'Unione europea o nazionali, direttamente o attraverso soggetti appositamente incaricati, ai fini dell'esercizio delle rispettive funzioni di controllo sulle operazioni che beneficiano del sostegno del FSE+. Verranno inoltre conferiti nella banca dati ARACHNE, strumento di valutazione del rischio sviluppato dalla Commissione europea per il contrasto delle frodi. Tale strumento costituisce una delle misure per la prevenzione e individuazione della frode e di ogni altra attività illegale che possa minare gli interessi finanziari dell'Unione, che la Commissione europea e i Paesi membri devono adottare ai sensi dell'articolo 325 del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE).
5. I Suoi dati saranno conservati nel Sistema Informativo FSE e presso gli uffici del Responsabile del procedimento U.O.C. Direzione Amministrativa Zona Distretto Versilia per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
6. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati . I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati sono i seguenti: urp_dpo@regione.toscana.it.
7. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>)

DATA ____ / ____ / ____

FIRMA PER PRESA VISIONE

DELEGA PER INVIO TRAMITE PEC DELLA DOMANDA DI:

(Nome del potenziale beneficiario del progetto)

Nome Progetto: VERSILIA INSIEME PER LA VITA AUTONOMA – V.I.V.A.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov.) _____ il _____
codice fiscale: _____
residente a _____ (prov.) _____
in (via, piazza, strada, ecc..) _____ n. civico _____
indirizzo e-mail _____ @
in qualità di potenziale destinatario del contributo previsto dall'avviso in oggetto

D E L E G A

il/la signor/a _____
nato/ a a (luogo di nascita) _____ (prov.) _____
il _____ codice fiscale: _____

(da compilare solo se la pec è intestata a soggetto giuridico):In qualità di (legale rappresentante, amministratore, ecc.)

della (società, associazione, ecc.) _____

all'invio tramite la seguente casella di posta elettronica certificata (PEC):

@
_____della domanda di contributo presentata per l'avviso in oggetto dal sottoscritto sig./sig.ra _____

ed allegata alla suddetta PEC.

La presente delega vale esclusivamente per la trasmissione della domanda ed il ricevimento delle relative ricevute di accettazione e consegna e conservazione delle medesime che dovranno comunque essere rilasciate anche al delegante.

Luogo e data _____

Firma del delegante _____

Il delegato per presa visione ed accettazione _____

Si allega copia di un documento d'identità in corso di validità del delegante e del delegato

Allegato n. 2 - Format progetto Vita Indipendente**Format per la presentazione del Progetto di Vita Indipendente
(PR FSE+ 2021-2027)**

Tenuto conto della D.G.R.T. 753/2024, il D.D.R.T. 20946/2024 ha approvato il progetto “**Versilia Insieme per la Vita Autonoma - V.I.V.A.**”

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**

Cognome/Nome _____

nato/a il |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____

Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____Vedi note**In caso di presentazione da parte di altro soggetto:****QUADRO A1 – GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA**

Cognome/Nome _____

in qualità di (*genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.*)

_____ del sotto indicato destinatario:

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Cognome/Nome _____

nato/a il |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____

Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____Vedi note**NOTE:**

a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a;Separato/a, Convivente.

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n. rilasciata alla Questura di con scadenza il o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)

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 dell'art.76 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

di potere usufruire, sulla base della valutazione effettuata dalla UVMD, del contributo previsto a sostegno del proprio progetto di Vita Indipendente a valere sul PR FSE+ 2021-2027, nell'ambito del progetto approvato dalla Regione Toscana **"Versilia Insieme per la Vita Autonoma - V.I.V.A."**

A tale scopo

DICHIARA**QUADRO B – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE DI SALUTE**

- di essere in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92 (barrare) **(SI)** **(NO)**

- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale (barrare) **(SI)** **(NO)** se SI:%

- diagnosi principale

Altre patologie presenti

Medico di medicina generale (cognome e nome)

Specialista di riferimento (cognome e nome)

(È possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)

QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE
(nel quale si realizza il progetto)

- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:
Numero persone di cui con disabilità/non autosufficienza.....

QUADRO D – CONDIZIONE ABITATIVA E AMBIENTALE (*barrare*)
(riferita all'abitazione nella quale si realizza il progetto)

Disponibilità di un alloggio	Proprietà		Affitto	Mutuo
	ERP		Usufrutto/ titolo gratuito	Altro
Collocazione dell'abitazione	Vicina ai servizi		Servizi raggiungibili con mezzi attrezzati	Servizi non raggiungibili
Barriere architettoniche	Assenti	Presenti	Superabili con ausili	Superabili con adeguamenti

QUADRO E – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE

1) Prestazioni / interventi domiciliari in forma indiretta:

- contributo per progetto vita indipendente a valere sul fondo regionale
- contributo per progetto InAut
- contributo disabilità gravissime
- contributo SLA
- contributo Home Care Premium
- altri contributi a valere sul Fondo Sociale Europeo Plus (specificare))
- altro tipo di titolo/assegno/contributo per l'acquisto di servizi, per il sostegno alle funzioni assistenziali, per l'assunzione di un assistente personale o per il caregiver familiare (specificare))

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi): **(SI)** **(NO)** **(barrare)**

3) Frequenza centro diurno: **(SI)** **(NO)** **(barrare)**

4) Assistenza domiciliare diretta: **(SI)** **(NO)** **(barrare)**

5) Trasporto sociale: **(SI)** **(NO)** **(barrare)**

6) Inserimento permanente in una struttura residenziale: **(SI)** **(NO)** **(barrare)**

7) Altro servizio pubblico sociosanitario: **(SI)** **(NO)** **(barrare)**
(specificare))

QUADRO F – ALTRE INFORMAZIONI

- 1) Attività lavorativa: Attuale
Pregressa
Altro
- 2) Titolo di studio:
- 3) Patente di guida: (SI) (NO) (barrare)

QUADRO G – BISOGNI DI ASSISTENZA PERSONALE

Necessita di assistente personale per le seguenti attività di vita quotidiana:

CURA DELLA PERSONA:

Igiene personale	(SI)	(NO)	(barrare)
Funzioni fisiologiche	(SI)	(NO)	(barrare)
Abbigliamento	(SI)	(NO)	(barrare)
Alimentazione	(SI)	(NO)	(barrare)
CURA DELLA CASA	(SI)	(NO)	(barrare)
GESTIONE DEL DENARO	(SI)	(NO)	(barrare)
ASSUNZIONE MEDICINALI	(SI)	(NO)	(barrare)
DEAMBULAZIONE	(SI)	(NO)	(barrare)
SUPERVISIONE DIURNA	(SI)	(NO)	(barrare)
SUPERVISIONE NOTTURNA	(SI)	(NO)	(barrare)

Attualmente è già in essere un contratto di lavoro con un assistente personale

(SI) (NO) (barrare)

Se SI, per quante ore settimanali: |
per un totale di € mensili lordi.

QUADRO H – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE ECONOMICA

- di percepire:

- | | | | |
|--------------------------------|-----------|------|------|
| • reddito da lavoro | (barrare) | (SI) | (NO) |
| • reddito da pensione | (barrare) | (SI) | (NO) |
| • invalidità civile | (barrare) | (SI) | (NO) |
| • indennità di accompagnamento | (barrare) | (SI) | (NO) |
| • altre indennità | (barrare) | (SI) | (NO) |
| • indennità di frequenza | (barrare) | (SI) | (NO) |
| • rendita | (barrare) | (SI) | (NO) |

per un totale di euro

Per quanto sopra specificato,

RICHIEDE

un contributo per il sostegno al proprio progetto di Vita Indipendente di seguito descritto

QUADRO I – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

(È possibile barrare uno o più obiettivi)

- supporto a percorso lavorativo;
- supporto a percorso formativo;
- sostegno al ruolo genitoriale;
- percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione;
- supporto per lo svolgimento di attività sportive;
- mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:

Supporto a percorso lavorativo:

Data inizio e data fine:

Ente e sede:

Specificare:

- autonomo, dipendente, pubblico, privato:
- determinato, indeterminato:
- part time/ full time: (numero ore)

Supporto a percorso formativo:

Data inizio e data fine:

Specificare tipologia, ente e sede:

Frequenza: (numero ore, numero mesi)

Titolo finale conseguibile:

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli

Età con disabilità (SI) (NO) (*barrare*)

Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:

Data avvio:

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza

Specificare nuova condizione abitativa.....

Sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione:

Data inizio:

Durata: (numero ore, numero mesi)

Tipologia di attività:.....

Supporto per lo svolgimento di attività sportive:

Data inizio e data fine:

Specificare tipologia, ente e sede:

Frequenza: (numero ore, numero mesi)

Mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria:

Data inizio e data fine:

Specificare tipologia, ente e sede:

Frequenza: (numero ore, numero mesi)

QUADRO L – TIPOLOGIA DI SERVIZI DEL PROGETTO DI VITA**CON RIFERIMENTO ALL'OBBIETTIVO INDICATO NEL QUADRO H, SPECIFICARE:****Assistente personale**

Numero assistenti
Numero ore settimanali contrattualizzate
Stima spesa media mensile.....

Fisioterapista

Numero ore settimanali/mensili
Stima spesa media mensile.....

- Trasporto (barrare scelta):

Pubblico stima spesa media mensile.....
Privato Sociale stima spesa media mensile.....

- Attività sportiva

Numero ore settimanali/mensili
Stima spesa media mensile.....

Stima spesa media mensile:

Ai fini di una corretta e completa valutazione, descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intendono raggiungere con l'attuazione del progetto:

.....
.....
.....
.....

Inoltre, sono allegati (*specificare il numero e la tipologia*):

n° |__|__| allegati

Tipologia:

.....
.....

Data _____ Firma _____

DICHIARA**QUADRO M - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:**

Cognome/Nome _____

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 (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

Data _____ Firma _____

OPPURE**QUADRO N - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE¹**

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del/la Sig./Sig.ra

(Cognome/Nome) _____

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____ Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

Firma _____

¹ Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI

DATA FIRMA: 11/10/2024 11:21:28

IMPRONTA: 62633233353864383631643037633137636134393330623333363533346431366630376638643730