



**Modello di domanda - Allegato 1**

**All'Ambito Territoriale Sociale XIX  
Piazzale Azzolino, 18  
63900 Fermo**

**RICHIESTA PROSECUZIONE PROGETTO VITA INDIPENDENTE  
(L.R. 21/2018 della DGR n. 1696/2018 DGR 592/2024)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
 in qualità di  
 diretto interessato  
 tutore/amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_

**MANIFESTA LA SUA VOLONTÀ A PROSEGUIRE NELL'ANNO 2025 IL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE  
Finanziato ai sensi della DGR 1496/2023 FNA annualità 2022**

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000),

**DICHIARA**

- di essere consapevole che il contributo è alternativo, nel senso di non sovrapposizione temporale della titolarità a:
  - "Assegno di cura";
  - "Disabilità gravissima";
  - Progetto "Vita Indipendente regionale";
  - Intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)";
  - Intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale".
- di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
- di agire in piena autonomia nell'individuazione dell'assistente personale;
- di assumersi, in qualità di datore di lavoro, tutti gli obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente personale, nel rispetto della normativa vigente;
- di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati personali nell'avviso pubblico e di autorizzarne il trattamento.

Allega la seguente documentazione:

- Copia della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992
- Copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente
- Eventuale decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutore, curatore.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_