

**Regione Marche  
Servizio Politiche Sociali e Sport  
Via Gentile da Fabriano, 3  
60125 Ancona**

**RICHIESTA DI AMMISSIONE ALLA GRADUATORIA "B"  
RELATIVA AI PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE**  
(ai sensi del D.M. del 23.11.2016 e della DGR n. 833/2017)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

in qualità di:

- ☐ tutore  
☐ amministratore di sostegno

per conto di:

nome e cognome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che il Piano personalizzato del/lla signor/a \_\_\_\_\_  
venga ammesso a contributo;

e a tal fine **DICHIARA**

che il/la signor/a \_\_\_\_\_:

- ☐ è in possesso della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992;
- ☐ **è in possesso della capacità di autodeterminazione e chiara volontà di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte;**
- ☐ intende rispettare, nel caso in cui il proprio Piano personalizzato venga ammesso a contributo, la normativa vigente rispetto al rapporto di lavoro dell'assistente personale;
- ☐ non beneficia di altri contributi regionali (disabilità gravissimi; SLA, assegno di cura, servizi di sollievo).

Allega la seguente documentazione:

1. Copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante e della persona con disabilità
2. Piano personalizzato di Vita Indipendente (Allegato "D")

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
E' 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).