



**PLUS Distretto di Sanluri**  
**Unione Comuni "Marmilla"**

*Comuni di Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca.*

ATS – ASL Sanluri  
 Provincia del SUD SARDEGNA  
 Via Carlo Felice, n°267 – 09025 – Sanluri - tel. 070/9348939  
 Email: [sanluriplus@unionecomunimarmilla.it](mailto:sanluriplus@unionecomunimarmilla.it)  
 PEC: [distrettosanluriplus@legalmail.it](mailto:distrettosanluriplus@legalmail.it)

**Allegato A**

**OGGETTO: RICHIESTA D'ACCESSO AL PROGRAMMA SPERIMENTALE PER LA VITA INDIPENDENTE E L'INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ ANNUALITÀ 2020 - 2021**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
 nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_  
 tel \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere ammesso al programma di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità.

A tal fine, a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Che il proprio nucleo familiare è composto come di seguito indicato:

Nome e cognome	Luogo/Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

Comune di Segariu (SU) Prot. n. 0005074 del 01-06-2022 - arrivo



**PLUS Distretto di Sanluri**  
**Unione Comuni "Marmilla"**

*Comuni di Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca.*

ATS – ASL Sanluri

Provincia del SUD SARDEGNA

Via Carlo Felice, n°267 – 09025 – Sanluri - tel. 070/9348939

Email: [sanluriplus@unionecomunimarmilla.it](mailto:sanluriplus@unionecomunimarmilla.it)

PEC: [distrettosanluriplus@legalmail.it](mailto:distrettosanluriplus@legalmail.it)

**Allegato A**

- Di **non** beneficiare di alcun intervento a carattere socioassistenziale;
- di beneficiare dei seguenti interventi a carattere socio-assistenziale:

Tipologia intervento	Giorni in cui si svolge l'intervento	Totale ore settimanali
	<input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> mar <input type="checkbox"/> mer <input type="checkbox"/> gio <input type="checkbox"/> ven	
	<input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> mar <input type="checkbox"/> mer <input type="checkbox"/> gio <input type="checkbox"/> ven	
	<input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> mar <input type="checkbox"/> mer <input type="checkbox"/> gio <input type="checkbox"/> ven	
	<input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> mar <input type="checkbox"/> mer <input type="checkbox"/> gio <input type="checkbox"/> ven	

- di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'accesso al programma sperimentale per la vita indipendente e l'inclusione sociale delle persone con disabilità annualità 2020 - 2021.

Il sottoscritto **si impegna** a:

- comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante le suddette dichiarazioni;
- collaborare con i servizi territoriali, sociali e sanitari, per la valutazione della propria situazione sociosanitaria e la condivisione di un progetto individuale;



**PLUS Distretto di Sanluri**  
**Unione Comuni "Marmilla"**

*Comuni di Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca.*

ATS – ASSL Sanluri

Provincia del SUD SARDEGNA

Via Carlo Felice, n°267 – 09025 – Sanluri - tel. 070/9348939

Email: [sanluriplus@unionecomunimarmilla.it](mailto:sanluriplus@unionecomunimarmilla.it)

PEC: [distrettosanluriplus@legalmail.it](mailto:distrettosanluriplus@legalmail.it)

**Allegato A**

Allega:

- documento di identità in corso di validità;
- certificazione ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/1992 ss. mm. e ii.;
- relazione medica aggiornata, redatta dal medico specialista di riferimento, inerente la situazione sanitaria complessiva (diagnosi, presenza di ulteriori patologie oltre la principale, ecc.).

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

---

**INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI**  
**D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196**

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" - La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti nel presente modulo è finalizzato alla realizzazione delle attività necessarie all'erogazione del servizio, ai fini contabili e statistici. Il trattamento avverrà con l'utilizzo di procedure informatizzate e non, nel rispetto dei principi di necessità e pertinenza. I dati potranno essere comunicati ad altri Enti pubblici o a soggetti privati nei limiti previsti dalle vigenti leggi e dai regolamenti comunali.

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

---