



**ALLEGATO A**

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

**CUP: D51H22000080006**

Al Comune di Colleferro  
Ente Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 5.6  
[comune.colleferro@legalmail.it](mailto: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 disabile maggiorenne**

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
- essere 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 precedente 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

---