





Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

una persona diversa dal beneficiario - padre, madre, fratello/sorella, amministratore di sostegno ecc.)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

In qualità di (padre, madre, fratello/sorella, amministratore di sostegno ecc.)

\_\_\_\_\_ del sotto indicato richiedente:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Estremi del documento di identità:

tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**QUADRO B - COMPOSIZIONE DEL NUCLEO IN CUI VIVE IL RICHIEDENTE (alla data di presentazione della domanda)**

- Num. componenti (incluso il richiedente) \_\_\_\_\_
- Num. minori \_\_\_\_\_
- Num. persone ultra65enni \_\_\_\_\_
- Num. persone in condizione di non-autosufficienza \_\_\_\_\_

**QUADRO C – INFORMAZIONI SULL’ABITAZIONE IN CUI VIVE IL RICHIEDENTE**



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

L'abitazione principale è situata in:

via/p.zza \_\_\_\_\_ vani n. \_\_\_\_\_

Presenta servizi igienici adeguati

- Si  
 No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali:

- Si (esterne e /o interne)  
 No

**QUADRO D – SITUAZIONE INDIVIDUALE E REDDITUALE DEL RICHIEDENTE**

Riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l'accertamento dello stato di handicap in data

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_| con verbale n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, come persona con handicap in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art.3 della legge n. 104/1992

Diagnosi principale \_\_\_\_\_

Altre patologie presenti \_\_\_\_\_

Invalità civile

- Si |\_|\_|\_| %  
 No

Indennità di accompagnamento



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

**Si**

**No**

**Altri cespiti e contributi non soggetti ad Irpef (es. rendite inail)**

**Si** importo annuale € \_\_\_\_\_

**No**

**Reddito individuale annuo a ogni titolo percepito (Redditi da lavoro, redditi da pensione, redditi da indennità/assicurazione, Rendita Inali, Rendita da patrimonio, altri redditi ...) € \_\_\_\_\_**

**Attività lavorativa:**

**Si**, quale \_\_\_\_\_

**No**

**Corso di studio in atto:**

**Si**, quale \_\_\_\_\_

**No**

**Patente di guida:**

**Si**

**No**

**Se Si possesso di auto personale:**

**Si**

**No**

**Se no con quale mezzo abitualmente si sposta?**

\_\_\_\_\_



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

**QUADRO E- PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**

**Tipologia di riferimento del PRO.V.I. proposto** (selezionare una o più voci di interesse):

- Progetto di studio per il completamento della scuola media superiore**
- Progetto di studio per il conseguimento della laurea**
- Progetto di formazione professionale post-diploma/specializzazione post-lauream**
- Progetto di inserimento socio-lavorativo**
- Progetto di mantenimento dell'attuale posto di lavoro**
- Progetto di partecipazione ad attività sociali/solidali/di volontariato nella comunità di riferimento**
- Progetto di vita per l'assolvimento delle responsabilità genitoriali /per l'autonomia nel proprio contesto di vita familiare**
- Altro** \_\_\_\_\_

**Si accettano le condizioni riportate nell'Avviso Pubblico.**

**Si dichiara di essere consapevoli che l'attuazione del progetto è subordinata al trasferimento materiale dei fondi da parte della Regione Campania.**

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_

**IN FEDE**

**(Firma del richiedente / beneficiario)**