



**CONSIGLIO DI RAPPRESENTANZA**  
Ambiti di Bellano Lecco Merate

Ufficio dei Piani

**Istanza di valutazione per l'accesso alle misure  
del Programma operativo Regionale "Dopo di noi"**

Ambito Territoriale di \_\_\_\_\_  
e pc Al Comune di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

**Ovvero di**

- FAMILIARE - Grado di parentela \_\_\_\_\_
- TUTORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- CURATORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Del sig. Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso M/F \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Codice fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'accesso alle misure previste dalle DGR sul "Dopo di Noi", come di seguito riportato:**  
(Barrare le misure che si intende richiedere)

Allegato all'Avviso Pubblico Linee Operative Territoriali 14.09.2023

➤ **Interventi infrastrutturali:**

- Contributo per l'adeguamento e fruibilità dell'ambiente domestico (domotica, riattamento alloggi, messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)
- Contributo ai costi della locazione/utenze
- Contributo per spese condominiali

➤ **Interventi gestionali:**

- Voucher "per percorsi di accompagnamento all'autonomia" per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la deistituzionalizzazione
- Voucher "durante noi": consulenza/sostegno alla famiglia (esclusivamente ad integrazione del voucher di cui al punto precedente)
- Voucher per il "supporto alla residenzialità con ente gestore"
- Contributo per la residenzialità autogestita
- Buono mensile cohousing/housing
- Contributo per ricoveri temporanei in pronto intervento/sollievo in situazioni di emergenza (max. 60gg)

**DICHIARA**

**La presenza dei requisiti di seguito elencati**

- Presenza di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Età compresa fra i 18 ed i 64 anni;
- Assenza del sostegno familiare in quanto mancanti entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, o ancora perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 e del D. Lgs 101/2018

Si informa che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale vengono comunicati. Tutti i dati che verranno in possesso del Comune di Lecco – Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale di Lecco e dei soggetti eventualmente incaricati della gestione delle domande saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dalle Linee Operative territoriali e nel rispetto dell'Art. 13 del Decreto 196/2003. Per adesione

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_