



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

ALLEGATO B DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Il sottoscritto

Cognome/Nome _____

nato/a il ____/____/____ a _____ Prov. _____

e residente in _____ Via/P.zza _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____ Cell _____

Codice Fiscale: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO PER LA VITA INDIPENDENTE INDIVIDUA LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI INTEVENTO:

- | | |
|---|---|
| 1. Favorire l'acquisizione e il potenziamento di autonomie, l'inclusione sociale e relazionale. | ⓪ |
| 2. Favorire il diritto allo studio, la realizzazione di tirocini lavorativi. | ⓪ |
| 3. Favorire l'accessibilità e la mobilità. | ⓪ |
| 4. Favorire la permanenza presso il domicilio familiare. | ⓪ |
| 5. Favorire l'“abitare in autonomia” | ⓪ |

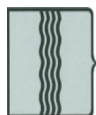
DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Condizione Sanitaria.

⓪ Riconoscimento della condizione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, con decorrenza dal _____

Diagnosi _____



Cognome e nome del medico curante _____

Condizione abitativa.

L'abitazione principale è

- ☐ Di proprietà (o con mutuo)
- ☐ In uso gratuito
- ☐ Usufrutto
- ☐ In affitto
- ☐ Altro

Presenta servizi igienici adeguati ☐ Sì ☐ No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali ☐ Sì Esterne ☐ Interne ☐ No

Note _____

Dislocazione sul territorio rispetto ai servizi pubblici (negozi - trasporti – ecc)

☐ servita ☐ poco servita ☐ isolata

Note _____

Situazione Socio Familiare

- ☐ Presenza di familiari conviventi
- ☐ Assenza di familiari conviventi
- ☐ Assenza di altri familiari residenti nel Comune di Potenza
- ☐ presenza di altri familiari residenti nel Comune di Potenza

Nella descrizione della composizione del nucleo familiare si fa riferimento al nucleo anagrafico di residenza

Rapporto di parentela	Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Condizione lavorativa *	Problematiche rilevanti **

*Nella colonna "Condizione lavorativa" va indicata la condizione di: 1- Disoccupato; 2 - Casalinga; 3 - Lavoratore autonomo; 4 - Lavoratore dipendente; 5 - inabile al lavoro; 6 - pensionato; 7 - studente; 8 - altro

**Indicare nella colonna 6 "Problematiche rilevanti" con:

A la presenza persone anziane di età superiore ai 65 anni;

B la presenza di familiari con disabilità certificata;

C la presenza di minori.

Fruizione di servizi ed interventi sociali e/ sanitari

- ☐ Centro socio educativo diurno
 - ☐ Centro sanitario diurno
 - ☐ ADI
 - ☐ Servizio di assistenza domiciliare
 - ☐ Altro _____
-

Il sottoscritto inoltre dichiara:

☐ di svolgere la seguente attività lavorativa _____

☐ lavoro autonomo ☐ lavoro dipendente presso _____

Tempo determinato ☐ fino al ____/____/____

Tempo indeterminato ☐

☐ di svolgere / o avere in previsione di svolgere attività di stage presso _____

☐ di essere iscritto presso la Scuola _____
del Comune di _____ e di frequentare il _____
di anno di formazione

☐ di essere iscritto presso l'Università di _____
Facoltà / Corso _____ e di frequentare il
_____ anno di corso

☐ di frequentare il corso di formazione professionale di _____

Presso _____

☐ altro _____

DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

1. Breve descrizione della situazione attuale rispetto al contesto di vita, situazione lavorativa o di studio

2. Obiettivi di vita autonoma

3. Caratteristica dell'assistenza personale richiesta:

(specificare l'impiego orario settimanale previsto per la figura di assistente personale, le principali mansioni affidatele)

4. Tempi

La durata del progetto è di:

☐ 12 mesi, dalla data di validazione dell'istanza

☐ inferiore ai 12 mesi, *mesi* _____

Potenza, _____

IN FEDE
(Firma del richiedente)
