



COMUNE DI NOICÀTTARO

Città Metropolitana di Bari

C.A.P. 70016 - C.F./P.Iva 05165930727

www.comune.noicattaro.bari.it - info@comune.noicattaro.bari.it



I SETTORE
SERVIZI GENERALI
III SETTORE
PIANIFICAZIONE GESTIONE SVILUPPO DEL TERRITORIO – EDILIZIA
E OPERE PUBBLICHE

Allegato B)

Domanda di ammissione al progetto di vita indipendente “IN-HOUSE Abitare Inclusivo”

Sezione 1

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA’

Cognome _____	Nome _____			
nato/a il _____	a _____	Prov. _____	residente in _____	
_____		Via/P.zza _____	n. _____	CAP _____
tel. _____	cell. _____			
Indirizzo email _____				
Codice Fiscale _____				
Stato civile ¹ _____				
Cittadinanza:				
<input type="checkbox"/> Italiana				
<input type="checkbox"/> _____				

-**Vista** la determinazione dirigenziale n.148 del 27/02/2025 con cui è stato approvato l’avviso pubblico finalizzato all’avvio del progetto pilota volto a favorire l’autodeterminazione, l’inclusione e la piena

¹ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

partecipazione alla società di persone con disabilità attraverso la sperimentazione di esperienze di coabitazione.

CHIEDE

di candidarsi alla sperimentazione del progetto per la “vita indipendente” a favore delle persone con disabilità in co-housing.

A tale fine

DICHIARA

QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/Lavoro
DICHIARANTE						
II°						
III°						
IV°						

Condizione al momento della presentazione della domanda:

- Permanenza in famiglia
 - SI
 - NO
- Ricovero presso una struttura residenziale:
 - SI
 - NO

QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA'

- Di essere in condizione di disabilità certificata dalla apposita Commissione Invalidi come da verbale n. _____ rilasciato in data _____
- In particolare, di presentare una **minorazione**:

- fisica
- psichica
- sensoriale

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- stabilizzata
- progressiva

Specificare inoltre:

Altre patologie presenti

Cognome e Nome del Medico di Medicina Generale

Cognome e Nome del Medico Specialista di riferimento

QUADRO D- DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE SOCIO-LAVORATIVA

- Occupazione lavorativa:

- SI
- NO

Se SI, quale

Specificare tipologia contratto

Eventuale impiego precedente _____

- Frequenza di un corso di studio:

- SI

NO

Se SI, quale

Presso

- ALTRO:
frequenza di uno stage
lavorativo/formativo _____

- Iscrizione alle categorie speciali presso la sezione territoriale dell'Agenzia Regionale delle Politiche Attive per il Lavoro (ARPAL Puglia):
 - SI
 - NO

- Percezione pensione invalidità o altre forme di reddito:
 - SI Specificare _____ Euro _____
 - NO

- Possesso di patente di guida:
 - SI
 - NO

Rilasciata da _____

data di scadenza _____

Se NO, indicare il mezzo con il quale abitualmente si sposta _____

Sezione 2): MOTIVAZIONE A SPERIMENTARE IL CO-HOUSING

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____

DICHIARA

Di volersi candidare alla sperimentazione della vita indipendente in co-housing per i seguenti motivi:

(specificare gli obiettivi di vita che si intendono perseguire connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale a titolo esemplificativo ma non esaustivo)

Luogo e data

Firma

Noicàttaro, _____

DICHIARA INFINE

- In relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, Ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

Luogo e data

Firma

Noicàttaro, _____

Allegati:

- 1) **copia del documento di identità del candidato;**
- 2) **Relazione del Medico di Medicina Generale /Specialista che attesti la condizione sanitaria del candidato;**
- 3) **Verbale di invalidità rilasciato dall'INPS.**