



COMUNE DI NOLA  
Provincia di Napoli



Ufficio di Piano

ALLEGATO A

**DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL PRO.V.I. (PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE)**

*D.P.C.M. del 21 Novembre 2019, adottato su proposta del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze -*

*"Progetti Sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità"*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
 Nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (gg.mm.aaaa)  
 e residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_  
 COD. FISC.: | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

**QUADRO A1- GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA** (Nel caso in cui la domanda è presentata da 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. \_\_\_\_\_

ai fini della domanda per ottenere il contributo per la vita indipendente ha definito le seguenti FINALITÀ (barrare una o più delle opzioni sotto riportate, assegnando un ordine di priorità 1,2,3 ,4):

- garantire le necessarie azioni di supporto per una vita personale e familiare, anche in funzione dell'esercizio delle responsabilità genitoriali e familiari nei confronti dei figli a carico e del coniuge;
- avere a disposizione il sostegno per:
  - la prosecuzione dell'esperienza lavorativa e/o occupazionale in atto
  - l'avvio dell'esperienza lavorativa nell'anno in corso
- promuovere le condizioni per il diritto allo studio e il supporto necessario alla frequenza di corsi di istruzione, di corsi universitari e di corsi di formazione professionalizzanti;
- sostenere le esperienze di integrazione sociale, di partecipazione ad attività sportive, ricreative e culturali e di mantenimento (miglioramento della vita di relazione);

Ha definito, inoltre, i seguenti OGGETTIVI dando un ordine di priorità, come di seguito: (riportare l'ordine di priorità 1,2,3 come dichiarato nella domanda di contributo):

- Assistenza domiciliare (cura della persona e cura della casa), per favorire il permanere presso la propria abitazione;
- Integrazione sociale (sostegno al lavoro in essere o al lavoro in prospettiva, supporto all'integrazione scolastica e formativa, attività ricreative e di socializzazione, attività svolte in favore di iniziative solidali, ecc...);
- Accessibilità e mobilità (per trasporto, accompagnamento, assistenza).

Intende avvalersi del contributo del Progetto Vita indipendente per i seguenti bisogni:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> alzarsi dal letto                        | <input type="checkbox"/> coricarsi                                    |
| <input type="checkbox"/> lavarsi le mani e il viso                | <input type="checkbox"/> assistenza notturna                          |
| <input type="checkbox"/> lavarsi i capelli e pettinarsi           | <input type="checkbox"/> pulire la casa                               |
| <input type="checkbox"/> uso dei servizi igienici                 | <input type="checkbox"/> fare la spesa                                |
| <input type="checkbox"/> igiene intima                            | <input type="checkbox"/> preparazione pasti                           |
| <input type="checkbox"/> fare il bagno o la doccia                | <input type="checkbox"/> mangiare                                     |
| <input type="checkbox"/> vestirsi e spogliarsi                    | <input type="checkbox"/> bere   |
| <input type="checkbox"/> gestire la presenza di ospiti            | <input type="checkbox"/> Utilizzo strumenti informatici               |
| <input type="checkbox"/> riordinare                               |   |
| <input type="checkbox"/> disbrigo pratiche burocratiche           | <input type="checkbox"/> assistenza personale in ambito universitario |
| <input type="checkbox"/> assistenza personale in ambiti di studio | <input type="checkbox"/> accompagnamento al lavoro                    |

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> aiuto sul posto di lavoro              | <input type="checkbox"/> attività culturali                                       |
| <input type="checkbox"/> spostarsi in carrozzina                | <input type="checkbox"/> attività di tempo libero                                 |
| <input type="checkbox"/> aiuto nel cammino                      | <input type="checkbox"/> viaggi   |
| <input type="checkbox"/> accompagnamento fuori casa             | <input type="checkbox"/> semplici interventi socio-sanitari della vita quotidiana |
| <input type="checkbox"/> guida dei mezzi a disposizione         | <input type="checkbox"/> gestione degli ausili                                    |
| <input type="checkbox"/> utilizzo di mezzi pubblici accessibili |   |
| <input type="checkbox"/> attività sportive                      |   |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                            |   |

**Il sottoscritto inoltre dichiara:**

di essere assunto in qualità di \_\_\_\_\_ presso il seguente datore di lavoro \_\_\_\_\_

tempo determinato       fino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

tempo indeterminato     

di avere in prospettiva, l'assunzione in qualità di \_\_\_\_\_ presso il seguente datore di lavoro \_\_\_\_\_

di svolgere/ o avere in previsione di svolgere attività di stage presso \_\_\_\_\_

di essere iscritto presso la Scuola \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ e di frequentare il \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_



---

---

---

**5. Caratteristiche dell'assistenza personale richiesta:**

*(specificare l'impiego orario di massima, giornaliero e settimanale, previsto per la figura di assistente personale, la forma di contrattualizzazione della persona interessata, il profilo professionale richiesto, le principali mansioni affidatele)*

---

---

---

---

---

---

---

**6. Tempi (distribuzione nel corso della giornata-tipo e nella settimana/ indicazione della durata annua) :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**SI ALLEGA:**

All. A1 - Scheda rilevazione SITUAZIONE SOCIO FAMILIARE

All. A2 - Scheda rilevazione CONDIZIONE ABITATIVA

All. A3 - Scheda FRUIZIONE DI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIALI e/o SOCIO SANITARI

- Documento di riconoscimento
- ISEE in corso di validità

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

**IN FEDE**  
**(Firma del richiedente / beneficiario)**

\_\_\_\_\_