



ALLEGATO A)

DOMANDA DI ACCESSO AL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE (PRO.VI)
annualità 2023

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 le seguenti tipologie di intervento:

- ☐ Assistente personale
☐ Abitare in autonomia
☐ Inclusione sociale e relazionale

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:

Di **NON** usufruire dei seguenti interventi:

- ☐ MISURE B1 E B2 per le spese relative alla sola Macro Area ASSISTENTE PERSONALE regolarmente impiegato;
☐ Progetti di Accompagnamento all'autonomia (DOPO DI NOI);
☐ Voucher residenzialità con Ente gestore (DOPO DI NOI).

DI AVERE UN ISEE pari a € _____

CONDIZIONE SANITARIA

Invalidità civile

- ☐ SI percentuale % _____
☐ NO

Indennità di accompagnamento

Sede legale

via Conciliazione, 128 – 46100 Mantova
c.f. 93049320208 – p.iva 02164640209
www.consorzioprogettosolidarieta.it

Direzione e uffici amministrativi

via I Maggio, 22 – 46051 San Giorgio Bigarello
tel. 0376.1510073 – fax 0376.1850266
email segreteria@coprosol.it
PEC consorzioprogettosolidarieta@legalmail.it

Uffici servizio tutela minori

1
piazza Modugno, 5 – 46100 Mantova
tel. 0376.1513449 – fax 0376.1513432
email tutelaminori@coprosol.it
PEC tutelaminorimantova@legalmail.it



☐ SI

☐ NO

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

☐ SI

☐ 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

Sede legale

via Conciliazione, 128 – 46100 Mantova
c.f. 93049320208 – p.iva 02164640209
www.consorzioprogettosalidarieta.it

Direzione e uffici amministrativi

via I Maggio, 22 – 46051 San Giorgio Bigarello
tel. 0376.1510073 – fax 0376.1850266
email segreteria@coprosol.it
PEC consorzioprogettosalidarieta@legalmail.it

Uffici servizio tutela minori

2
piazza Modugno, 5 – 46100 Mantova
tel. 0376.1513449 – fax 0376.1513432
email tutelaminori@coprosol.it
PEC tutelaminorimantova@legalmail.it



- ☐ Assenza di familiari conviventi
- ☐ Assenza di altri familiari residenti nel Comune di residenza
- ☐ Presenza di altri familiari nel Comune di residenza

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

Rapporto parentela	Nominativo	Data nascita	Luogo 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 "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
- ☐ Trasporto protetto (costo non compreso nelle rette di frequenza dei servizi)
- ☐ ADI
- ☐ Servizio di assistenza domiciliare
- ☐ Altro _____

Il sottoscritto inoltre dichiara:

- di svolgere la seguente attività lavorativa di

☐ lavoro autonomo

☐ lavoro dipendente presso _____

Tempo determinato

☐ fino al ____/____/____

Tempo indeterminato

☐

- di svolgere / o avere in previsione di svolgere attività di stage presso

Sede legale

via Conciliazione, 128 – 46100 Mantova
c.f. 93049320208 – p.iva 02164640209
www.consorzioprogettosalidarieta.it

Direzione e uffici amministrativi

via I Maggio, 22 – 46051 San Giorgio Bigarello
tel. 0376.1510073 – fax 0376.1850266
email segreteria@coprosol.it
PEC consorzioprogettosalidarieta@legalmail.it

Uffici servizio tutela minori

piazza Modugno, 5 – 46100 Mantova
tel. 0376.1513449 – fax 0376.1513432
email tutelaminori@coprosol.it
PEC tutelaminorimantova@legalmail.it



-
- di essere iscritto presso la Scuola _____ del 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 _____
presso _____
 - Altro _____

Descrizione del Progetto di Vita Indipendente

BREVE DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE ATTUALE RISPETTO AL CONTESTO DI VITA, SITUAZIONE LAVORATIVA O DI STUDIO

OBIETTIVI DI VITA AUTONOMA

CARATTERISTICA DEL PROGETTO RICHIESTO E STIMA DEI COSTI

Macroarea Assistente Personale (Indicare se la figura dell'assistente personale è da impiegarsi: presso il domicilio familiare, a supporto dell'housing/co housing, a sostegno di attività di inclusione e

Sede legale

via Conciliazione, 128 – 46100 Mantova
c.f. 93049320208 – p.iva 02164640209
www.consorzioprogettosalidarieta.it

Direzione e uffici amministrativi

via I Maggio, 22 – 46051 San Giorgio Bigarello
tel. 0376.1510073 – fax 0376.1850266
email segreteria@coprosol.it
PEC consorzioprogettosalidarieta@legalmail.it

Uffici servizio tutela minori

piazza Modugno, 5 – 46100 Mantova
tel. 0376.1513449 – fax 0376.1513432
email tutelaminori@coprosol.it
PEC tutelaminorimantova@legalmail.it

[illegible]

-
-
-
-
-



- **Macroarea Inclusione sociale e relazionale** (Indicare gli obbiettivi di autonomia che si vogliono perseguire)

Luogo e data

FIRMA

Si allega:

- Fotocopia del documento di identità e del codice fiscale, in corso di validità dell'interessato e di chi presenta la domanda;
- Verbale di invalidità civile e attestazione di handicap (ai sensi della legge n. 104/1992) ed adeguata/aggiornata documentazione sanitaria;
- Eventuale contratto di assunzione di assistente familiare e copia ultima busta paga;
- Estremi del conto corrente (iban) per versamento del contributo;

Sede legale

via Conciliazione, 128 – 46100 Mantova
c.f. 93049320208 – p.iva 02164640209
www.consorzioprogettosalidarieta.it

Direzione e uffici amministrativi

via I Maggio, 22 – 46051 San Giorgio Bigarello
tel. 0376.1510073 – fax 0376.1850266
email segreteria@coprosol.it
PEC consorzioprogettosalidarieta@legalmail.it

Uffici servizio tutela minori

piazza Modugno, 5 – 46100 Mantova
tel. 0376.1513449 – fax 0376.1513432
email tutelaminori@coprosol.it
PEC tutelaminorimantova@legalmail.it