



Regione Toscana

**GIOVANI SÌ**



**Zona Distretto  
Versilia**

## Modulo per la presentazione della domanda di partecipazione all'intervento "Indipendenza e Autonomia – InAut"

(D.G.R.T. 759/2023 "Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente"). I progetti Indipendenza e Autonomia - InAut sono finanziati con fondi ministeriali e rientrano nell'ambito di Giovanisì, il progetto della Regione Toscana per l'autonomia dei giovani.

**In caso di richiesta da parte del diretto interessato:**

### QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a il | | | | | | | | | a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 e residente in \_\_\_\_\_  
 Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 con domicilio (se diverso dalla residenza) in \_\_\_\_\_  
 Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
 Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
 Stato civile <sup>a)</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>b)</sup> \_\_\_\_\_  
Vedi note

**In caso di presentazione da parte di altro soggetto:**

### QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome \_\_\_\_\_  
**in qualità di rappresentante legale del sotto indicato beneficiario:**

#### DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a il | | | | | | | | | a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_  
 Via/P.za \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 con domicilio (se diverso dalla residenza) in \_\_\_\_\_  
 Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
 Stato civile <sup>a)</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>b)</sup> \_\_\_\_\_  
Vedi note

**NOTE:**

a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n ..... rilasciata  
 alla Questura di ..... con scadenza il ..... o in corso di rinnovo con  
 ricevuta di presentazione in data ..... Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato,  
 il numero e la data) .....

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci  
 o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R.  
 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze  
 previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente  
 conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

**CHIEDE**

di poter partecipare all'intervento InAut.

A tale scopo

**DICHIARA**

**QUADRO B – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE DI SALUTE**

- di essere in possesso della certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92 (barrare) **(SI)** **(NO)**

- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale, non inferiore al 100% (barrare) **(SI)** **(NO)**

- diagnosi principale .....

Altre patologie presenti .....

Medico di medicina generale ..... (cognome e nome)

Specialista di riferimento ..... (cognome e nome)

(E' possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)

### QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE (nel quale si realizza il progetto)

- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:

Numero persone ..... di cui con disabilità .....

### QUADRO D

- di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut:

(barrare) (NO)

(SI) a far data dal .....

### RICHIEDE

**un contributo per il sostegno al proprio progetto di vita indipendente**

### QUADRO E – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

- ☐ supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;
- ☐ formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;
- ☐ sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;
- ☐ sostegno al ruolo genitoriale;
- ☐ percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- ☐ accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);
- ☐ sostegno alle attività quotidiane e domestiche;
- ☐ accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive, associative, di volontariato o per il tempo libero.

#### **(E' possibile barrare uno o più obiettivi)**

Nel caso di più obiettivi progettuali, il punteggio è assegnato all'obiettivo prevalente, intendendo con questo, l'obiettivo sul quale sono allocate le maggiori spese.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:

Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:

Data avvio: .....

Specificare nome e sede attività .....

Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli .....

Età ..... con disabilità (SI) (NO) (barrare)

Numero settimane di gravidanza .....

Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:

Data avvio: .....

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza .....

Se uscita dal nucleo familiare di origine, indicare se housing-cohousing .....

Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive, associative, di volontariato o per il tempo libero:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

## **QUADRO F – DURATA DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**

Indicare numero di mesi per i quali si richiede il contributo .....

(durata minima 6 mesi; durata massima 12 mesi)

## **QUADRO G – SPESE PREVISTE E PIANO ECONOMICO MENSILE DI PROGETTO**

(Elenco delle spese ammissibili, barrare quelle previste e specificare quanto richiesto)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

☐ Assistente personale/ altra figura professionale

Numero assistenti/ altri professionisti .....

(se figura professionale, specificare tipologia .....

Numero ore contrattualizzate .....

Spesa media mensile .....

- ☐ Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale  
 Spese affitto .....(indicare importo mensile)  
 Materiale di consumo ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)  
 Utenze ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
- ☐ Trasporto  
 Pubblico ..... (indicare oggetto e spesa mensile)  
 Privato ..... (indicare oggetto e spesa mensile)  
 Sociale ..... (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

- ☐ Assistente personale/ altra figura professionale  
 Numero assistenti/ altri professionisti .....  
 (se figura professionale, specificare tipologia .....  
 Numero ore contrattualizzate .....  
 Spesa media mensile .....
- ☐ Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale  
 Spese affitto .....(indicare importo mensile)  
 Materiale di consumo ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)  
 Utenze ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
- ☐ Trasporto  
 Pubblico ..... (indicare oggetto e spesa mensile)  
 Privato ..... (indicare oggetto e spesa mensile)  
 Sociale ..... (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

- ☐ Assistente personale/ altra figura professionale  
 Numero assistenti/ altri professionisti .....  
 (se figura professionale, specificare tipologia .....  
 Numero ore contrattualizzate .....  
 Spesa media mensile .....
- ☐ Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale  
 Spese affitto .....(indicare importo mensile)  
 Materiale di consumo ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)  
 Utenze ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
- ☐ Trasporto  
 Pubblico ..... (indicare oggetto e spesa mensile)  
 Privato ..... (indicare oggetto e spesa mensile)  
 Sociale ..... (indicare oggetto e spesa mensile)

*La titolarità e la responsabilità nella scelta dell'assistente personale o di altra figura professionale e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.*

## QUADRO H – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE

1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:

- ☐ contributo per progetto vita indipendente a valere sul Fondo Sociale Europeo
- ☐ contributo disabilità gravissime
- ☐ contributo SLA
- ☐ contributo Home Care Premium
- ☐ altro contributo a valere sul Fondo Sociale Europeo
- ☐ altro tipo di titolo/assegno/contributo per l'acquisto di servizi, per il sostegno alle funzioni assistenziali, per l'assunzione di un assistente personale o per il caregiver familiare (specificare .....)

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi):

(SI) (NO) (barrare)

3) Inserimento permanente in una struttura residenziale:

(SI) (NO) (barrare)

**Ai fini di una corretta e completa valutazione, è possibile descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto:**

---

---

---

---

---

Alla presente domanda, sono allegati (*specificare il numero e la tipologia*):

n°    allegati

Tipologia

---

---

---

**Data**  **Firma**

## DICHIARA INFINE

### QUADRO I - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta dal rappresentante legale:

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il | | | | | | | | | | a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.za. \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | |

Estremi del provvedimento di nomina (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### OPPURE

### QUADRO L - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE <sup>1</sup>

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra

(Cognome/Nome) \_\_\_\_\_

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

Firma \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

# Elenco titolari



Azienda USL Toscana Nord Ovest 15 gennaio 2026  
Prot. 2026/0012622/GEN/000DTASGDIRAMZOVERS

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FOLENA MANUELA

DATA FIRMA: 15/01/2026 12:54:52

IMPRONTA: 65316436363535326465346530343864386239663633666564623466626138636534643066343362