



Regione Toscana

**GIOVANISI**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.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

**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'OBBIETTIVO ..... 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'OBBIETTIVO ..... 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.zza. \_\_\_\_\_ 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 dati



Zienda USL Toscana Nord Ovest 15 gennaio 2026  
Prot. 0126/0012622/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*