



**Città di
Policoro**

COMUNE DI POLICORO
Provincia di Matera

Piazza Aldo Moro, 1
75025 POLICORO (MT)

www.policoro.basilicata.it

posta@policoro.basilicata.it
protocollo@pec.policoro.basilicata.it

UFFICIO DI PIANO
AMBITO "METAPONTINO COLLINA MATERANA"
COMUNE CAPOFILA POLICORO

COMUNI DI:

ACCETTURA – ALIANO – CIRIGLIANO – COLOBRARO – CRACO – GORGOGNONE – MONTALBANO JONICO – NOVA SIRI – PISTICCI – ROTONDELLA – SAN GIORGIO LUCANO – SAN MAURO
FORTE – SCANZANO JONICO – STIGLIANO – TURSI – VALSINNI



ALLEGATO B
DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE ESISTENZIALE ATTUALE

Il/la sottoscritto Cognome e Nome _____

nato/a il |_____| a _____ Prov. _____

e residente in _____ Prov.(____) Via/P.zza _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____ Cell _____

Codice Fiscale: _____

**PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO PER LA VITA INDIPENDENTE INDIVIDUA LA SEGUENTE
TIPOLOGIA DI INTEVENTO:**

1.	Favorire l'acquisizione e il potenziamento di autonomie, l'inclusione sociale e relazionale.	☐
2.	Favorire il diritto allo studio, la realizzazione di tirocini lavorativi	☐
3.	Favorire l'accessibilità e la mobilità	☐
4.	Favorire la permanenza presso il domicilio familiare	☐
5.	Favorire l' "abitare in autonomia"	☐



**Città di
Policoro**

**COMUNE DI POLICORO
Provincia di Matera**

Piazza Aldo Moro, 1
75025 POLICORO (MT)

www.policoro.basilicata.it

posta@policoro.basilicata.it
protocollo@pec.policoro.basilicata.it

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

DICHIARA

1. Condizione Sanitaria

☐ 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 _____

2. Condizione abitativa

L'abitazione principale è

☐ Di proprietà (o con mutuo)

☐ In uso gratuito

☐ Usufrutto

☐ In affitto

☐ Altro

Presenta servizi igienici adeguati ☐ Sì ☐ No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali ☐ Sì (Esterne ☐ Interne ☐) ☐ No

Note _____

Dislocazione sul territorio rispetto ai servizi pubblici (negozi - trasporti - ecc):

☐ servita ☐ Opoco servita ☐ Isolata

Note _____



3. Situazione Socio Familiare

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

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

Rapporto di parentela	Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di 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 6 "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.



**Città di
Policoro**

**COMUNE DI POLICORO
Provincia di Matera**

Piazza Aldo Moro, 1
75025 POLICORO (MT)

www.policoro.basilicata.it

posta@policoro.basilicata.it
protocollo@pec.policoro.basilicata.it

4. Fruizione di servizi ed interventi sociali e/ sanitari

- ☐ Centro socio educativo diurno
- ☐ Centro sanitario diurno
- ☐ ADI
- ☐ Servizio di assistenza domiciliare
- ☐ Altro _____

Il sottoscritto inoltre dichiara:

- ☐ di svolgere la seguente attività lavorativa _____
- ☐ lavoro autonomo ☐ lavoro dipendente presso _____
- ☐ Tempo determinato fino al ____/____/____;
- ☐ Tempo indeterminato;
- ☐ di svolgere / o avere in previsione di svolgere attività di stage presso _____;
- ☐ di essere iscritto presso la Scuola _____ del Comune di _____ e di frequentare il _____ di 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: _____
- Presso _____
- ☐ altro: _____



**Città di
Policoro**

COMUNE DI POLICORO
Provincia di Matera

Piazza Aldo Moro, 1
75025 POLICORO (MT)

www.policoro.basilicata.it

posta@policoro.basilicata.it
protocollo@pec.policoro.basilicata.it

DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

1. Obiettivi di vita autonoma e impegni che il beneficiario si assume

2. Caratteristica dell'assistenza personale richiesta:

(specificare l'impiego orario settimanale previsto per la figura di assistente personale, le principali mansioni affidatele)

3. Tempi

La durata del progetto è di:

☐ 12 mesi, dalla data di validazione dell'istanza

☐ inferiore ai 12 mesi: mesi _____

Policoro, li _____

IN FEDE

(Firma del richiedente)

(Firma dell'Assistente Sociale)