



**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 CAPOFILIA 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.	<input type="radio"/>
2.	Favorire il diritto allo studio, la realizzazione di tirocini lavorativi	<input type="radio"/>
3.	Favorire l'accessibilità e la mobilità	<input type="radio"/>
4.	Favorire la permanenza presso il domicilio familiare	<input type="radio"/>
5.	Favorire l' "abitare in autonomia"	<input type="radio"/>



**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 \_\_\_\_\_



**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

### 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)