



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## AVVISO PUBBLICO

### PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD INTERVENTI DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITÀ GRAVE - L.R. 20/2016

**SCADENZA 11.05.2018**

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 recante “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Vista la Legge Regionale del 23 novembre 2006, n. 20 concernente “Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza”;

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104 concernente “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n. 162;

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant’Oreste  
Torrita Tiberina

Vista la Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11 recante “Sistema Integrato degli interventi e servizi sociali della Regione Lazio” che all’art 4 lettera r) prevede tra gli altri obiettivi “*promozione di interventi volti a sostenere la vita indipendente delle persone in condizioni di non autosufficienza o con limitata autonomia...*”;

Visto il Piano Sociale di Zona del Consorzio Valle del Tevere;

Considerato che la spesa prevista per la realizzazione degli interventi oggetto del presente avviso, pari ad € 270.000,00;

Vista la Determinazione del Consorzio Valle del Tevere n. del di approvazione del presente Avviso Pubblico;

Dato atto che il seguente Avviso Pubblico è stato oggetto di discussione e condivisione tra i servizi sociali territoriali nel Tavolo Tecnico del 29.03.2018;

### SI RENDE NOTO

Che sono aperti i termini per la presentazione delle domande per la concessione di un finanziamento a rimborso per programmi di assistenza domiciliare, da gestire in forma indiretta, a favore di persone disabili gravi, non autosufficienti, ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3 e residenti nel territorio del Consorzio Valle del Tevere.

Saranno finanziati **n. 45** Piani di Assistenza, per un **importo mensile massimo** di € **500,00** (cinquecento/00) **cadauno**, per un totale di n. 12 mesi dal momento della sottoscrizione del contratto.

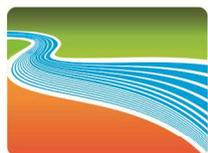
**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

Possono presentare domanda di partecipazione tutte le persone e/o i loro familiari che, al momento della pubblicazione del presente avviso, siano in possesso dei seguenti requisiti:

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

- Residenza anagrafica in uno dei Comuni del Consorzio;
- Essere in possesso di certificazione ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3 e/o essere in possesso di una diagnosi di SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) per cui la misurazione della compromissione funzionale non

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

sia compatibile con i parametri riconducibili alla disabilità gravissima (D.M. 26 settembre 2016 – Art. 3, comma 2, lettere da a) ad i);

- Avere un'età compresa tra 0-64 (requisito non richiesto per i malati affetti da SLA);
- Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) - annualità 2018 - (All B che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Avviso).

**N.B. Non potranno presentare domanda di concessione di finanziamento per gli interventi di cui al presente Avviso gli utenti affetti da Alzheimer, per i quali sono previsti diversi interventi mirati.**

**N.B. Gli utenti in possesso dei requisiti di cui sopra che hanno un'età compresa tra gli 0-35 anni qualora presentino domanda di concessione di finanziamento di cui al presente Avviso NON potranno presentare la domanda di concessione per i finanziamenti di cui all'Avviso per le "Autonomie". Per la scelta della tipologia di finanziamento da richiedere sarà di fondamentale importanza il supporto che il Servizio Sociale di competenza residenziale potrà dare all'utente o alla sua famiglia. Qualora l'utente dovesse presentare domanda di concessione per entrambi i finanziamenti, le domande non saranno valutate e saranno entrambe escluse d'Ufficio.**

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

### **Finalità dell'intervento e piani ammessi al finanziamento**

Saranno finanziati, ai sensi della L.R. 20/2006, interventi che avranno come finalità il sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale (anche della durata di 24 h e nei giorni festivi), mediante l'attivazione di Piani Assistenziali Individualizzati (P.A.I.), da gestire in forma indiretta.

Prestazioni ammissibili al finanziamento:

- ❑ **Assistenza domiciliare nelle 24 ore** (assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'utente);
- ❑ **Socializzazione e integrazione** (favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento);

Resta intesa, trattandosi di un servizio di assistenza domiciliare indiretta, la totale libertà di scelta da parte dell'utente o di un suo familiare di stipulare un contratto di lavoro con soggetti privati e nel rispetto della vigente normativa in materia o in alternativa stipulare un contratto di assistenza con Enti del Terzo Settore e Cooperative Sociali.

Gli assistenti destinati al servizio **non potranno essere parenti e/o affini dell'utente entro il 3° grado di parentela.**

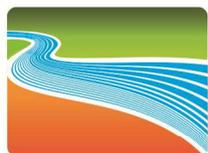
Il personale impegnato nelle attività, sia esso assunto in forma privata che attraverso un Ente/organismo, dovrà essere in possesso di qualifiche abilitanti al lavoro socio-assistenziale (OSS). La funzione di OSS può essere svolta da

- assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST);
- operatori socioassistenziali (OSA);

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE** del  
**TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

- operatori tecnici ausiliari (OTA);
- assistenti familiari;
- persone in possesso del diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi socio-sanitari e titoli equipollenti.

In caso di finanziamento dell'intervento l'utente o suo familiare dovrà presentare presso l'Ufficio di Piano del Consorzio, entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della determinazione di approvazione della graduatoria definitiva, tutta la documentazione necessaria (contratto di lavoro con soggetti privati o convenzione con Enti Assistenziali Privati o Organismi di Terzo Settore, P.A.I.) ai fini dell'attivazione del Piano Assistenziale Individualizzato.

La trasmissione della suddetta documentazione potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R all'indirizzo Piazza S. Lorenzo,8 00060 – Formello o tramite mail all'indirizzo [amministrazione@consorziovalledeltevere.it](mailto:amministrazione@consorziovalledeltevere.it) o tramite PEC all'indirizzo [info@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.consorziovalledeltevere.it), e rimane a totale rischio del mittente.

Tutte le attività, oggetto del P.A.I, dovranno avere una durata massima di un anno solare dal momento della sottoscrizione del contratto, sia esso in forma privata che attraverso Enti di Terzo Settore o Cooperative Sociali.

Non saranno finanziate prestazioni che abbiano finalità inerenti e/o correlate al "diritto allo studio" o di natura strettamente sanitaria.

Il finanziamento non è compatibile con il ricovero permanente residenziale in struttura sanitaria o socio-sanitaria (R.S.A.- Struttura socio-assistenziale), in questo caso, l'utente o un suo familiare è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano, indicando la data dell'inserimento.

### **Termini e presentazione delle domande**

I modelli per le domande (All A), che avranno valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, e i moduli e le linee guida per la compilazione sono a disposizione presso:

- L'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel. 06/96669769 il martedì dalle ore 08:00 alle ore 13:00;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Civitella San Paolo, Piazza Santa Maria, 16, tel. 0765/335121 il mercoledì dalle ore 14:00 alle ore 17:00;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Rignano Flaminio, Piazza IV Novembre, 1, tel. 0761/597940 il lunedì dalle ore 08:30 alle ore 12:30;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede di Capena, c/o la sede comunale, Via Don Minzoni,6 tel. 06/90376038 il martedì dalle ore 08:00 alle ore 13:00;
- Scaricabili sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere [www.consorziovalledeltevere.it](http://www.consorziovalledeltevere.it).

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;

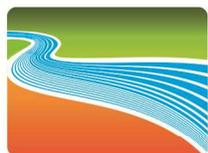
**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
[presidente@consorziovalledeltevere.it](mailto:presidente@consorziovalledeltevere.it)  
[direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)  
[amministrazione@consorziovalledeltevere.it](mailto:amministrazione@consorziovalledeltevere.it)  
[ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it](mailto:ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it)  
[info@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.consorziovalledeltevere.it)



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

- Copia certificazione attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge;
- Certificazione rilasciata dai Presidi Regionali di riferimento per la SLA (Policlinico Gemelli oppure Ospedale S. Filippo Neri, di Roma) che documenti la diagnosi (solo per i malati affetti da SLA);
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario dell'utente in corso di validità, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- P.A.I. (All B) redatto dal Servizio Sociale del Comune di residenza, condiviso e sottoscritto dall'utente o suo familiare;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All C).
- Certificazione di non autosufficienza rilasciata dal medico di base;
- Certificazione della valutazione della funzione fisica e delle autonomie dell'utente nelle attività quotidiane, da compilarli a cura di un medico del Servizio Sanitario Nazionale (All D).

Alla data di approvazione della graduatoria definitiva, in caso di P.A.I. in continuità assistenziale, i piani 2016/2017, e loro eventuali proroghe, devono ritenersi conclusi.

La domanda dovrà pervenire, a pena di esclusione, al protocollo generale dell'**Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere – Piazza San Lorenzo n. 8, 00060 Formello RM**, entro e non oltre le **ore 13.00** del giorno **11.05.2018** tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Il plico, oltre al **nome e all'indirizzo del mittente**, dovrà riportare la dicitura **NON APRIRE – DOCUMENTI CONCESSIONE FINANZIAMENTO P.A.I. A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (L.R 20/2006) – CONSORZIO VALLE DEL TEVERE**.

Il recapito del plico, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R o mediante agenzie di recapito autorizzate, tramite PEC all'indirizzo [info@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.consorziovalledeltevere.it), rimane a totale rischio del mittente.

Farà fede la data o l'ora apposte sul plico dall'addetto del protocollo generale del Consorzio.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito.

**Per la consegna a mano delle domande l'Ufficio di Piano rispetterà il seguente orario di accoglienza: dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle ore 12,00 – il martedì ed il giovedì dalle ore 15,30 alle ore 17,30.**

### **Modalità di valutazione delle domande**

A seguito della presentazione delle domande sarà istituita una Unità Valutativa Multi Disciplinare (U.V.M.D.) costituita da due Medici individuati dalla ASL ROMA 4.4 e due Assistenti Sociali individuati tra quelli in forza tra i Comuni consorziati.

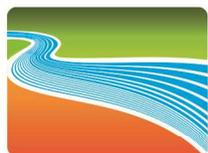
La U.V.M.D. valuterà elementi sanitari e sociali al fine di pervenire alla definizione di una graduatoria distrettuale sulla base dei punteggi assegnati.

La U.V.M.D., in caso di incongruità nella documentazione prodotta, si riserva di **procedere con ulteriori accertamenti medico/sanitari**.

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
[presidente@consorziovalledeltevere.it](mailto:presidente@consorziovalledeltevere.it)  
[direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)  
[amministrazione@consorziovalledeltevere.it](mailto:amministrazione@consorziovalledeltevere.it)  
[ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it](mailto:ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it)  
[info@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.consorziovalledeltevere.it)



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

Saranno finanziati **n. 45** Piani Individualizzati, per un importo annuo totale di massimo **€ 6.000,00** cadauno (per un rimborso massimo di € 500,00 mensili).

L'Ufficio di Piano, in caso di decesso, rinuncia o perdita dei requisiti di uno degli aventi diritto, si riserva di procedere allo scorrimento della graduatoria. In tale ipotesi verranno attivati un numero di progetti fino alla concorrenza dei fondi assegnati e disponibili per gli interventi oggetto del presente avviso.

La graduatoria distrettuale definitiva sarà consultabile sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere [www.conorziovalledeltevere.it](http://www.conorziovalledeltevere.it)

### **Criteri di valutazione e punteggi**

Ogni domanda di accesso al contributo raggiungerà un punteggio, per ogni area oggetto di valutazione, che sarà indicato nella totalità dalla commissione di cui sopra.

Per le aree di valutazione ed i punteggi da assegnare si richiama integralmente alla scheda di valutazione allegata al P.A.I., parte integrante e sostanziale del presente Avviso.

### **Parità di punteggio**

A parità di punteggio prederà in graduatoria l'utente che avrà ottenuto il punteggio più alto in base alle singole voci inserite nella scheda di valutazione.

In caso di ulteriore parità di punteggio verrà presa in considerazione la data e l'ora di arrivo della domanda all'Ufficio Protocollo del Consorzio.

### **Modalità di liquidazione del finanziamento**

L'erogazione del contributo avverrà a rimborso, con cadenza bimestrale, a seguito della presentazione da parte dell'utente, o suo familiare, della documentazione attestante le spese sostenute (busta paga, fattura dell'ente assistenziale) all'Ufficio di Piano del Consorzio.

**Dovranno essere trasmesse le copie dei bonifici bancari effettuati a favore di persona fisica o ente assistenziale che eroga il servizio, con l'esplicita indicazione dei mesi di erogazione del servizio, unitamente al modulo di rendicontazione che verrà fornito dall'Ufficio di Piano a seguito della comunicazione della concessione del beneficio. In assenza di uno dei due documenti sopra menzionati non si procederà alla liquidazione.**

**In caso di mancata presentazione delle ricevute entro i 30 giorni successivi alla scadenza del bimestre precedente, il beneficiario decadrà dal diritto al rimborso per il bimestre di riferimento ( es: i mesi di gennaio e febbraio dovranno essere rendicontati entro il 31 marzo).**

**In caso di mancata presentazione delle ricevute entro i 90 giorni successivi alla scadenza del bimestre precedente, il beneficiario decadrà dal beneficio concesso (es: i mesi di gennaio e febbraio dovranno essere rendicontati entro il 31 maggio pena la decadenza del contributo).**

A conclusione del progetto annuale il Servizio Sociale di residenza dovrà inviare all'Ufficio di Piano una relazione conclusiva sul raggiungimento degli obiettivi previsti nel P.A.I.

Saranno rimborsate le sole spese sostenute per l'assistenza per un massimo di € 500,00 mensili.

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.conorziovalledeltevere.it



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Eventuali somme aggiuntive riportate nelle fatture/buste paga saranno ad esclusivo carico dell'utente o della sua famiglia.

**Nel caso in cui le fatture/buste paga presentate riportassero importi inferiori a € 500,00 mensili, la differenza con detto importo non potrà essere compensata con fatture/buste paga relative a mensilità successive.**

### **Casi particolari**

Eventuali modifiche alle modalità di erogazione del servizio, rispetto a quelle inizialmente previste, dovranno essere comunicate anticipatamente sia al Servizio Sociale competente sia all'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

Qualora il richiedente il contributo risulti beneficiario sia del finanziamento di cui al presente Avviso sia del contributo a favore di persone con disabilità gravissima, lo stesso dovrà formalmente rinunciare ad uno degli interventi, tramite comunicazione scritta da inviare all'Ufficio di Piano, entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva per la concessione del secondo beneficio ottenuto in ordine di tempo, non potendo gli interventi essere sovrapponibili.

In caso di mancata comunicazione di rinuncia il Consorzio di concerto con il servizio sociale di competenza, si riserva la facoltà di attribuire discrezionalmente il contributo che riterrà più idoneo per l'utente.

**Potranno essere effettuati controlli per verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità del modello ISEE rispetto allo stato di famiglia.**

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi presso l'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza e/o presso i Punto Unici di Accesso (PUA) nelle sedi e nei contatti indicati al precedente punto "**Termini e presentazione delle domande**".

Il Responsabile del Procedimento è Simonetta De Mattia, Direttore del Consorzio Valle del Tevere Tel. – 90194606 - Fax 06 9089577.

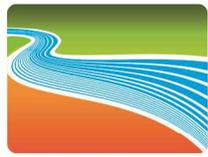
E-mail [direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)

Prot.n. 489 del 12.04.2018

***Il Direttore***

*f.to Dott.ssa Simonetta De Mattia*

**E' COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE PER USO AMMINISTRATIVO.**



**VALLE del TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**ALLEGATO A**

**SPETT.LE  
CONSORZIO VALLE DEL TEVERE  
c/o COMUNE DI FORMELLO  
PIAZZA S. LORENZO , 8  
00060 FORMELLO RM**

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD  
INTERVENTI DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE NON  
AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITA' GRAVE - L.R. 20/2016**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE**  
97874100585

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

- COMUNI DI**
- Campagnano di Roma
  - Capena
  - Castelnuovo di Porto
  - Civitella San Paolo
  - Fiano Romano
  - Filacciano
  - Formello
  - Magliano Romano
  - Mazzano Romano
  - Morlupo
  - Nazzano
  - Ponzano Romano
  - Riano
  - Rignano Flaminio
  - Sacrofano
  - Sant'Oreste
  - Torrita Tiberina

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**ovvero in qualità di familiare/tutore di:**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

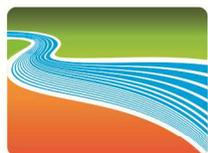
**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE** del  
**TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

rapporto di parentela \_\_\_\_\_

DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità)

---

### **CHIEDE**

la concessione del finanziamento per l'attivazione di programmi di aiuto gestiti in forma indiretta, per un importo totale annuo di massimo € **6.000,00 (massimo € 500,00 mensili)** finalizzato ad interventi di sostegno e in favore di persona con handicap grave, art. 3 comma 3 L. 104/92, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

### **DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere residente in uno dei Comuni del Consorzio Valle del Tevere;
2. di essere o di presentare domanda per conto di portatore di handicap in situazione di particolare gravità, ex art. 3, comma 3, L. 104/92 e/o essere in possesso di una diagnosi di SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) per cui la misurazione della compromissione funzionale non sia compatibile con i parametri riconducibili alla disabilità gravissima (D.M. 26 settembre 2016 – Art. 3, comma 2, lettere da a) ad i);
3. di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con assistenti personali nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT, in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idonea convenzione con Enti Assistenziali Privati o Organismi di Terzo Settore);
4. di impegnarsi a trasmettere all'Ufficio di Piano del Consorzio la documentazione necessaria per l'avvio del progetto assistenziale entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (contratto di lavoro o convenzione);
5. che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela;
6. di impegnarsi a trasmettere, con cadenza bimestrale, all'Ufficio di Piano, la rendicontazione delle spese sostenute per un massimo di € 500,00 mensili, comprensiva delle copie dei bonifici bancari effettuati a favore di persona fisica o ente assistenziale che eroga il servizio, con l'esplicita indicazione dei mesi di erogazione del servizio, unitamente al modulo di rendicontazione;
7. di aver preso conoscenza e di accettare tutte le prescrizioni contenute nell'Avviso Pubblico ed in particolare le eventuali decadenze dal beneficio in caso di mancata rendicontazione;
8. di avere un'età compresa tra 0-64 (requisito non richiesto per i malati affetti da SLA);
9. che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

#### **CODICE FISCALE**

97874100585

#### **COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

#### **SEDE LEGALE**

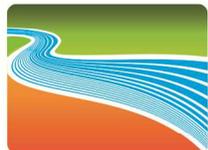
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### **TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

#### **E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita	Disabilità L.104/92

### Allega alla presente domanda

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge;
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario dell'utente in corso di validità, ai sensi dalla vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Certificazione rilasciata dai Presidi Regionali di riferimento per la SLA (Policlinico Gemelli oppure Ospedale S. Filippo Neri, di Roma) che documenti la diagnosi (solo per i malati affetti da SLA);
- Piano Assistenziale Individualizzato P.A.I. redatto dal Servizio Sociale del Comune di residenza, condiviso e sottoscritto dall'utente o suo familiare (All B);
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All C);
- Certificazione di Non Autosufficienza rilasciata dal medico di base;
- Certificazione della valutazione della funzione fisica e delle autonomie dell'utente nelle attività quotidiane, compilata a cura di un medico del Servizio Sanitario Nazionale (All D).

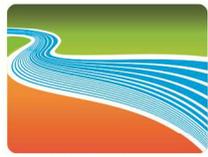
*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.*

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

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

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del TEVERE**

CONSORZIO INTERCOMUNALE DEI SERVIZI E INTERVENTI SOCIALI

**ALLEGATO B**

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI) IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (L. R. 20 del 23.11.2006)**

**PROGETTO INDIVIDUALIZZATO**

Comune di \_\_\_\_\_

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Diagnosi ASL:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE**  
97874100585

- COMUNI DI**
- Campagnano di Roma
  - Capena
  - Castelnuovo di Porto
  - Civitella San Paolo
  - Fiano Romano
  - Filacciano
  - Formello
  - Magliano Romano
  - Mazzano Romano
  - Morlupo
  - Nazzano
  - Ponzano Romano
  - Riano
  - Rignano Flaminio
  - Sacrofano
  - Sant'Oreste
  - Torrita Tiberina

**VALUTAZIONE DEL CONTESTO SOCIO-AMBIENTALE**

- Vive da solo in presenza di caregiver intra e/o extra familiare.
- Ha un unico familiare caregiver convivente.
- Vive con più familiari caregiver.
- Presenza di genitori caregiver ultrasessantacinquenni anche se non conviventi.
- Presenza di familiari conviventi con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92.

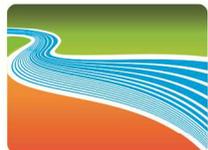
**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

• SE SI QUANTI? \_\_\_\_\_





**VALLE** del  
**TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## INTERVENTI GIA' IN ATTO<sup>1</sup>

### AMBITO COMUNALE E AMBITO DISTRETTUALE

#### *Interventi socio-assistenziali- educativi*

- Assistenza Domiciliare diretta Comunale n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Assistenza Domiciliare indiretta Comunale n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Assistenza Domiciliare Distrettuale n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Centro Diurno o Centro di riabilitazione ex art 26 L. 833/78 di: \_\_\_\_\_

#### **CODICE FISCALE**

97874100585

#### **COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

#### ALTRI SERVIZI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AMBITO SANITARIO

#### *Interventi socio-sanitari*

- Fisioterapia
- Logopedia
- Psicoterapia
- Terapia Familiare
- Controlli periodici
- Trasporto per attività sanitarie
- Soggiorni terapeutici estivi dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

#### **SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### **TELEFONI**

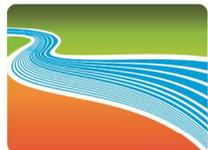
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

#### **E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

<sup>1</sup> Tutti gli interventi prevedono la predisposizione di specifici *progetti individualizzati e integrati*

con i servizi di cui l'utente eventualmente già fruisce.



**VALLE** del  
**TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

Altri interventi socio – sanitari \_\_\_\_\_

### AMBITO SCOLASTICO

Scuola dell'infanzia \_\_\_\_\_

Scuola primaria \_\_\_\_\_

Scuola Secondaria di Primo Grado \_\_\_\_\_

Scuola Secondaria di Secondo Grado \_\_\_\_\_

Università \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

#### **CODICE FISCALE**

97874100585

#### **COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

### AMBITO FAMILIARE E CONTESTO AMBIENTALE

#### *Rete familiare e sociale*

#### ▪ **Interventi attivati dalla famiglia:**

Terapie private \_\_\_\_\_

Attività culturali \_\_\_\_\_

Attività ricreative \_\_\_\_\_

Attività sportive \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

#### **SEDE LEGALE**

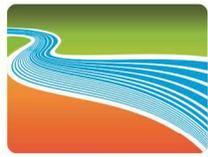
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### **TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

#### **E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del TEVERE**

CONSORZIO INTERCOMUNALE DEI SERVIZI E INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

**PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE**

Tenuto conto delle condizioni di vita dell'utente e considerati gli interventi già attivati in suo favore, si formula la seguente proposta, fino alla concorrenza del budget previsto:

**Obiettivi**

generali: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

specifici: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Azioni, Attività e Interventi finanziabili da avviare**

- ASSISTENZA DI BASE** (aiuto e igiene della persone e aiuto nella cura e igiene delle cose personali, disbrigo pratiche, preparazione pasti);
- SOCIALIZZAZIONE E INTEGRAZIONE** (accompagnamento ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari);

**Servizi e Attori Coinvolti nella Gestione e Verifica dell' Intervento:**

- Servizio Sociale Comunale: \_\_\_\_\_
- Servizio ASL : \_\_\_\_\_
- Scuola: \_\_\_\_\_
- Cooperativa Sociale Convenzionata : \_\_\_\_\_
- Associazioni non profit: \_\_\_\_\_
- Altri organismi: \_\_\_\_\_
- Familiari : \_\_\_\_\_
- Volontari/Obiettori/Amici ecc. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

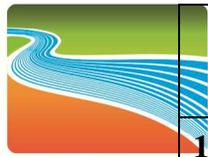
*Firma Utente o suo familiare*

*Firma Operatore*

Ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196, autorizza il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento.

Data \_\_\_\_\_

*Firma Utente o suo familiare*



**VALLE del TEVERE**

CONSORZIO INTERCOMUNALE DEI SERVIZI E INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**  
97874100585

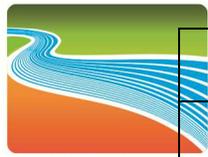
**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

<b>TABELLA CRITERI DI VALUTAZIONE - L.R. 20/06</b>		<b>PUNTI Max</b>	<b>TOTALE</b>	<b>PUNTI OTTENUTI</b>
<b>1)</b>	<b>Situazione sanitaria*</b>			
1.1)	<u>Grado di autonomia:</u> dipendenza totale <b>30</b> ; dipendenza severa <b>24</b> ; dipendenza moderata <b>18</b> ; dipendenza lieve <b>12</b> ; dipendenza minima <b>6</b> .	30	<b>30</b>	
<b>2)</b>	<b>Situazione sociale:</b> condizione familiare e situazione socio-relazionale del nucleo familiare della persona con disabilità:			
2.1)	<u>Composizione del nucleo familiare:</u> vive solo <b>15</b> ; nucleo di due persone <b>8</b> ; nucleo di tre persone <b>6</b> ; nucleo di quattro persone <b>4</b> ; nucleo di cinque persone <b>2</b> ; nucleo di 6 persone e oltre <b>0</b> .	15		
2.2)	<u>Situazione familiare della persona con disabilità:</u> presenza di altre persone con disabilità <b>15</b> ; genitori anziani (ultrasettantenni) o minori <b>10</b> ; altri parenti anziani o minori conviventi <b>4</b> .	15	<b>50</b>	
2.3)	<u>Condizioni socio-ambientali:</u> nucleo che vive in luogo isolato <b>10</b> ; nucleo che vive nel centro urbano <b>6</b> ; nucleo che vive vicino a servizi e strutture <b>0</b> .	10		
2.4)	<u>Attività e/o prestazioni socio-sanitarie godute dalla persona con disabilità:</u> non seguito da nessun servizio <b>10</b> ; già seguito da servizi sociali territoriali <b>6</b> ; già seguito da servizi del Piano Sociale di zona <b>4</b> ; già seguito da altri servizi socio-sanitari <b>0</b> .	10		
<b>3)</b>	<b>Condizione economica (ISEE)</b>		<b>20</b>	
	<b>ISEE</b>	<b>PUNTEGGIO</b>		
	Da € 0.00 a € 6.000,00	20		
	Da € 6.000,01 a € 9.000,00	15		



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

Da € 9.000,01 a € 12.000,00	10			
Da € 12.000,01 a € 8.000,00	5			
oltre € 18.000,01	1			
<b>TOTALE PUNTI</b>			<b>100</b>	

\*Il punto 1 “Situazione sanitaria” ed il punto 1.1 “Grado di autonomia” NON devono essere compilati dal servizio sociale in quanto il punteggio sarà desumibile dalla certificazione medica All D.

**CODICE FISCALE**  
97874100585

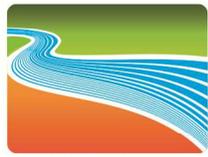
**N.B. LA PRESENTE SCHEDA SARÁ COMPILATA ESCLUSIVAMENTE DAL SERVIZIO SOCIALE COMPETENTE CHE ELABORERÁ IL P.A.I., PER QUANTO ATTIENE LA PARTE SOCIALE E SARÁ COMPLETATA DALLA COMMISSIONE DI VALUTAZIONE PER QUANTO ATTIENE LA PARTE SANITARIA.**

- COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant’Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**ALLEGATO C**

**SPETT.LE CONSORZIO VALLE DEL TEVERE  
c/o COMUNE DI FORMELLO  
PIAZZA S. LORENZO , 8  
00060 FORMELLO - RM**

**OGGETTO: Finanziamenti finalizzati ad interventi a sostegno in favore di persone non autosufficienti – L.R. 20/06 - Comunicazione estremi bancari.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

ovvero **in qualità di familiare/ tutore di:**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rapporto di parentela  
\_\_\_\_\_

in caso di concessione del finanziamento di cui all'oggetto chiede che il contributo sia erogato mediante bonifico bancario e a tal fine ne comunica gli estremi:

Banca:  
\_\_\_\_\_

Codice IBAN:  
\_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Dichiara di conoscere ed accettare le modalità di erogazione previste dall'avviso pubblico.

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