

**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## AVVISO PUBBLICO

**PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI PER PIANI  
PERSONALIZZATI DI INTERVENTO, FINALIZZATI ALLA  
PROMOZIONE DELLE AUTONOMIE A FAVORE DI MINORI, GIOVANI  
E GIOVANI-ADULTI CON DISABILITÀ – PIANI PER LE AUTONOMIE**

**SCADENZA 12/07/2019**

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 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;

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;

Vista la programmazione dell’Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere per gli interventi di cui al presente avviso per le annualità 2018-2019;

Considerato che la spesa prevista per la realizzazione degli interventi oggetto del presente avviso è pari a € 180.000,00 per interventi a favore di disabili medio-gravi;

Vista la Determinazione del Consorzio Valle del Tevere n. 94 del 12.06.2019 di approvazione del presente Avviso Pubblico;

Dato atto che il seguente Avviso Pubblico è stato oggetto di condivisione tra i servizi sociali territoriali.

### SI RENDE NOTO

Che sono aperti i termini per la presentazione delle domande per la concessione di un finanziamento a rimborso d’interventi di promozione delle autonomie, da gestire in forma indiretta, a favore di minori, giovani e giovani-adulti con disabilità, residenti nel territorio del Consorzio Valle del Tevere.

Saranno finanziati **n. 30** Piani per l’autonomia, per un **importo mensile massimo** di **€ 500,00** (cinquecento/00) **cadauno**, per un totale di n. 12 mesi dal momento della sottoscrizione del contratto.

### Destinatari

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:

- Residenza anagrafica in uno dei Comuni del Consorzio del Distretto 4.4;

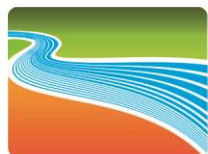
**CODICE FISCALE**  
97874100585

**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

- Avere un'età compresa tra 0-35 anni;
- Essere in possesso dell'invalidità civile al 100% o indennità di frequenza, tale requisito è fondamentale per accedere alla misura;
- Certificazione ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 1 o comma 3, Se in possesso (Tale requisito è utile per determinare un ulteriore punteggio ai fini del posizionamento in graduatoria);

**N.B. Gli utenti in possesso dei requisiti di cui sopra 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 in favore di persone non autosufficienti con disabilità grave - L.R. 20/2016. 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 la promozione delle autonomie della persona disabile, attraverso forme di interventi che promuovano le autonomie personali, mediante l'attivazione di Piani Personalizzati di Intervento (P.P.I.), da gestire in forma indiretta.

Prestazioni ammissibili al finanziamento:

- **Intervento finalizzato allo sviluppo delle autonomie personali** (intervento personalizzato sulla base dei bisogni dell'utente, al fine di promuoverne l'autonomia e l'inclusione sociale attiva);
- **Socializzazione e integrazione** (favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento socio-educativo);

Resta intesa, trattandosi di un servizio da erogarsi con la modalità 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 della qualifica di **Educatore Professionale**. La funzione di educatore professionale è ricoperta da professionisti formati nell'ambito delle classi di laurea per le professionali sociali e delle classi di laurea delle professioni sanitarie della riabilitazione 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

**SEDE LEGALE**

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

**TELEFONI**

06 90194606-607-608

Fax 06 9089577

**E-MAIL**

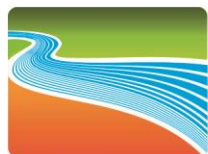
presidente@consorziovalledeltevere.it

direttore@consorziovalledeltevere.it

amministrazione@consorziovalledeltevere.it

ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it

info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE** del  
**TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

dall'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) ai fini dell'attivazione dei Piani Personalizzati di Intervento.

Tutte le attività, oggetto del P.P.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.

Gli interventi dovranno avere inizio a decorrere dal 01/09/2019, fatta salva la possibilità di decorrenza posticipata a tale data, nei casi in cui l'utente sia stato beneficiario del medesimo intervento L.R. 20/2006 nell'annualità 2018/2019 ed abbia una scadenza successa alla data del 01/09/2019.

In tale ultima ipotesi l'intervento decorrerà dalla sottoscrizione del nuovo contratto.

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 sociosanitaria (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.

### **Modalità di valutazione**

A seguito della presentazione delle domande sarà istituita una Unità Valutativa Multi disciplinare (UVMD), costituita da medici individuati dalla ASL Roma 4.4 e tre Operatori sociali, individuati dal Direttore del Consorzio, tra quelli in forza tra i Comuni consorziati o presso l'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

L'UVMD valuterà elementi sociali e sanitari al fine di pervenire alla definizione di una graduatoria distrettuale sulla base dei punteggi assegnati.

L'UVMD, in caso di incongruità nella documentazione prodotta, si riserva di procedere con ulteriori accertamenti sociali e/o medico/sanitari.

A seguito della pubblicazione della graduatoria distrettuale definitiva i beneficiari degli interventi saranno chiamati a redigere e sottoscrivere, di concerto con gli operatori dell'Ufficio di Piano del Consorzio, i singoli P.P.I. .

Per gli utenti/beneficiari residenti presso l' "Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte" (Civitella San Paolo, Torrita Tiberina, Nazzano, Filacciano, Ponzano Romano e Sant'Oreste) i singoli P.P.I. saranno redatti e sottoscritti dagli Assistenti Sociali in forza presso i medesimi Comuni, con il supporto comunque dell'Ufficio di Piano.

Saranno finanziati n. **30** Piani Personalizzati di Intervento, 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, procederà 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.

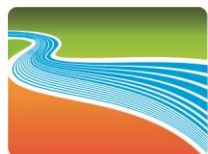
**CODICE FISCALE**  
97874100585

**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

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

### Criteria di valutazione e punteggi

Ogni domanda di accesso al contributo raggiungerà un punteggio che sarà assegnato in sede di valutazione da parte dell'UVMD, per ogni area oggetto di valutazione.

La valutazione, al fine dell'assegnazione dei punteggi, sarà desunta dall'Allegato C relativamente all'area sanitaria, mentre per l'attribuzione dei punteggi relativi all'area sociale e all'area socio-economica saranno valutate le informazioni contenute nello schema di domanda che avranno valore di autocertificazioni nonché la documentazione prodotta.

Il punteggio assegnato per ogni area potrà raggiungere il seguente punteggio massimo:

AREA DI RIFERIMENTO	PUNTEGGIO MASSIMO
Area sanitaria	n. 40 punti
Area sociale	n. 50 punti
Area socio-economica	n. 10 punti

**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

### 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 Valle del Tevere.

Per gli utenti/beneficiari residenti presso l' "Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte" (Civitella San Paolo, Torrita Tiberina, Nazzano, Filacciano, Ponzano Romano e Sant'Oreste) farà fede la data e l'ora di arrivo della domanda presso l'ufficio protocollo dei Comuni di residenza.

### Modalità di liquidazione del finanziamento

L'erogazione del contributo avverrà a rimborso, con cadenza mensile, a seguito della presentazione da parte dell'utente, o suo familiare, della documentazione attestante le spese sostenute (busta paga, fattura dell'ente assistenziale e copia del bonifico effettuato) 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 del mese di erogazione del servizio, unitamente al modulo di rendicontazione (Allegato D) all'indirizzo email [ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it](mailto:ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it).**

**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 mese precedente, il beneficiario decadrà dal diritto al rimborso per il mese di riferimento ( es: i mesi di gennaio dovrà essere rendicontato entro il 28 febbraio).**

**In caso di mancata presentazione delle ricevute entro i 90 giorni successivi alla scadenza del mese precedente, il beneficiario decadrà dal beneficio concesso (es: il mese di gennaio dovrà essere rendicontato entro il 30 aprile pena la decadenza del contributo).**

#### **SEDE LEGALE**

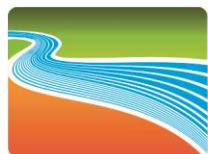
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### **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



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

A conclusione del progetto annuale gli operatori dell'Ufficio di Piano e i Servizi Sociali dell' "Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte" (per gli utenti di loro competenza), elaboreranno una relazione conclusiva sul servizio erogato e sul raggiungimento degli obiettivi previsti nel P.P.I.

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

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.**

### 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:

#### **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

- 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;
- Scaricabili sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere [www.conorziovalledeltevere.it](http://www.conorziovalledeltevere.it).
- Ufficio di Piano Consorzio Valle del Tevere – Formello – Piazza San Lorenzo, 8 – 00060, tel. 0690194606-607-608, dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle ore 13.00 e il martedì e giovedì dalle ore 15.30 alle ore 17.30

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;
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap ex art. 3 comma 1 o comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge (Se in possesso);
- Copia certificazione verbale d'invalidità al 100% o indennità di frequenza;
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (**All B**);
- Certificazione di valutazione del livello di non autosufficienza, da compilarsi a cura del medico di base dell'utente (All C).

La domanda dovrà pervenire, a pena di esclusione:

#### **SEDE LEGALE**

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

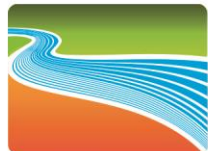
#### **TELEFONI**

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

- **Per gli utenti NON residenti** nell' "Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte" 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 **12/07/2019** tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità;
- **Per gli utenti residenti nell'Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte** (Civitella San Paolo, Torrita Tiberina, Nazzano, Filacciano, Ponzano Romano



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

e Sant'Oreste) al protocollo dei comuni di residenza entro e non oltre le **ore 13.00** del giorno **12/07/2019** tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Gli Operatori Sociali dei Comuni dell'Unione consegneranno all'Ufficio di Piano le domande pervenute presso i loro Comuni, entro e non oltre il **19/07/2019** così da permettere all'Ufficio di avviare le procedure di selezione.

Il plico, oltre al **nome e all'indirizzo del mittente**, dovrà riportare la dicitura **NON APRIRE – DOCUMENTI CONCESSIONE FINANZIAMENTO P.P.I. AUTONOMIE A FAVORE DI PERSONE DISABILI – 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.conorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.conorziovalledeltevere.it), rimane a totale rischio del mittente.

Farà fede la data o l'ora apposte sul plico dall'addetto del protocollo generale del Consorzio o del Protocollo dei Comuni dell'Unione.

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 13.00 – il martedì e il giovedì dalle ore 15.30 alle ore 17.30.**

#### **Casi particolari**

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

Qualora il richiedente del contributo risulti beneficiario sia del finanziamento di cui al presente Avviso sia del contributo previsto da altro Avviso Pubblico per gli interventi per la disabilità grave - LR. 20/06, o ancora risulti beneficiario del contributo a favore di persone con disabilità gravissima, lo stesso dovrà formalmente rinunciare agli altri interventi, tramite comunicazione scritta da inviare all'Ufficio di Piano, entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva per la concessione degli interventi di cui al presente avviso, non potendo gli interventi essere sovrapponibili.

In caso di mancata comunicazione di rinuncia il Consorzio 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.**

#### **SEDE LEGALE**

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

#### **TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

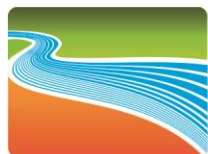
#### **E-MAIL**

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

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi presso:

- il Punto Unico di Accesso (PUA);
- Ufficio dei Servizi Sociali di residenza;
- Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere;

nelle sedi e nei contatti indicati al precedente punto "**Termini e presentazione delle domande**".



**VALLE** del  
**TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

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

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

Prot.n. del

***Il Direttore***

*Dott.ssa Simonetta De Mattia*

**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**

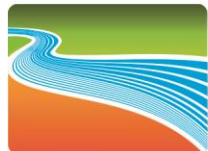
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**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

## 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 PER PROGETTI PERSONALIZZATI DI INTERVENTO, FINALIZZATI AD INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLE AUTONOMIE A FAVORE DI MINORI, GIOVANI E GIOVANI-ADULTI CON DISABILITÀ – PIANI PER LE AUTONOMIE**

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

**CODICE FISCALE**

97874100585

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

**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

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. \_\_\_\_\_

**SEDE LEGALE**

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

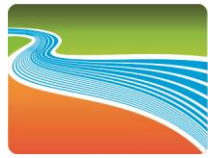
**TELEFONI**

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

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

DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CHIEDE

la concessione del finanziamento per l'attivazione programmi d'intervento per l'autonomia, da gestire in forma indiretta, per un importo totale annuo di massimo **€ 6.000,00 (massimo € 500,00 mensili)**, a favore di persone disabili medio-gravi, non autosufficienti, 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:

- di essere residente in uno dei Comuni del Consorzio;
- di essere o di presentare domanda per conto di possessore d'invalidità civile al 100% o indennità di frequenza;
- di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con educatori professionali 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);
- di impegnarsi a trasmettere all'Ufficio di Piano del Consorzio la documentazione necessaria per l'avvio del progetto individualizzato (P.P.I.) entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (contratto di lavoro o convenzione);
- che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela;
- di impegnarsi a trasmettere, con cadenza mensile, 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 del mese di erogazione del servizio, unitamente al modulo di rendicontazione (Allegato D);
- di avere un'età compresa tra 0-35 anni;
- di aver preso conoscenza e di accettare le eventuali decadenze dal beneficio in caso di mancata rendicontazione;
- 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

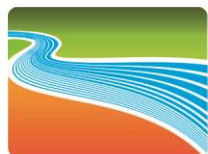
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### 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

**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

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita	Disabilità L.104/92 o invalidità civile	Occupazione lavorativa

**P.s. le informazioni contenute nella tabella di cui sopra saranno oggetto di valutazione al fine dell'attribuzione dei punteggi, pertanto la stessa dovrà essere compilata in modo scrupoloso e attinente.**

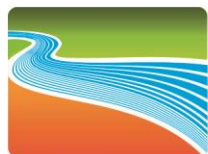
**e altresì dichiara** di usufruire/non usufruire dei servizi e/o prestazioni socio-sanitari seguenti:

**Servizi e/o prestazioni socio-sanitarie attivi:**

- nessun servizio attivo
- seguito da servizi sociali territoriali (es. Assistenza domiciliare comunale)
- seguito dai servizi distrettuali (indicare quali)
  - L.R. 20/2006 – Disabilità grave
  - Finanziamenti finalizzati ad interventi domiciliari in favore di persone non autosufficienti con disabilità gravissima
  - Assistenza domiciliare integrata anziani
  - Assistenza educativa domiciliare per minori
- già seguito da altri servizi socio-sanitari (Servizi ASL)

**Allega alla presente domanda**

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia certificazione verbale d'invalidità civile al 100% o indennità di frequenza;
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap ex art. 3 comma 1 o comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge (Se in possesso);
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente, ai sensi dalla vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All B);
- Certificazione di valutazione del livello di non autosufficienza, da compilarsi a cura del medico di base dell'utente (All C).



**VALLE** del  
**TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

*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.*

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

**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

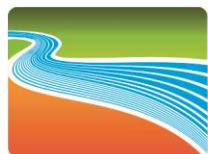
**TELEFONI**

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

## ALLEGATO C

(A CURA DI UN MEDICO DEL SSN)

### VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA.

Con la presente si certifica che il/la paziente \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da

me visitato in data \_\_\_\_\_ ha ottenuto una valutazione del Livello di dipendenza pari

a:

- Totale
- Severa
- Moderata
- Lieve
- Minima

**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

Per la valutazione di cui sopra potrà essere utilizzata la scheda Barthel Index Modificato, di seguito allegata, o qualsivoglia altra scala di valutazione ritenuta idonea per l'individuazione del parametro.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

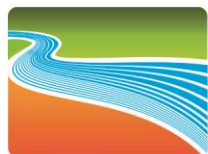
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico certificatore)

**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

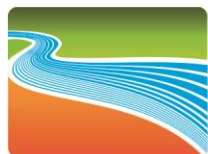
**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**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

## Barthel Index Modificato (BIM)

	BIM
<b>Alimentazione</b>	<b>BIM</b>
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.)	10
Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è di una persona.	8
Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.	5
Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio).	2
Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	0
<b>Igiene Personale</b>	<b>BIM</b>
Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.	5
In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.	0
<b>Farsi il bagno o la doccia</b>	<b>BIM</b>
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente	5
Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	4
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totalmente dipendente nel lavarsi.	0
<b>Abbigliamento</b>	<b>BIM</b>
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, una protesi.	10
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle	8
Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	5
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.	2
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	0
<b>Trasferimenti carrozzina/letto</b>	<b>BIM</b>
Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.	15
Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del	3
Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamalai.	0
<b>Uso del W.C.</b>	<b>BIM</b>
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarli i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	10
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda,	8
Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	5
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	2
Totalmente dipendente.	0
<b>Continenza urinaria</b>	<b>BIM</b>
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni	10
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.	8
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi	5
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0
<b>Continenza intestinale</b>	<b>BIM</b>
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	10
Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi.	5



## 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

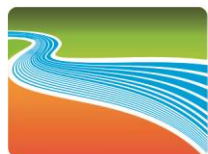
**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**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

nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2
Totalmente incontinente.	0
<b>Deambulazione</b>	<b>BIM</b>
Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. senza aiuto o supervisore.	15
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.	8
Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	5
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	2
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	0
<b>Uso della carrozzina (nel BIM non c'è questa area, inserire 5 nell'area. Deambulazione se il paziente è autonomo in carrozzina).</b>	<b>BIM</b>
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.).	5
L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.	
Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.	4
E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	3
Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre	1
Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	0
<b>Scale</b>	<b>BIM</b>
E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto nè supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	10
Generalente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.	8
Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	5
Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	2
Incapace di salire e scendere le scale.	0
<b>TOTALE</b>	

Categorie	Punteggi totali Indice di Barthel Modificato	Livello di dipendenza
1	0-24	Totale
2	25-49	Severa
3	50-74	Moderata
4	75-90	Lieve
5	91-99	Minima



**VALLE** del  
**TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## NOTA ESPLICATIVA DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE

Per una corretta compilazione della scheda – progetto, relativamente alla valutazione del grado di autonomia si precisa quanto segue:

- **DISABILITÀ INTELLETTIVA GRAVE E DISABILITÀ MOTORIA GRAVE**

La disabilità intellettiva e motoria grave, ove non risultino esplicitamente dalla certificazione rilasciata ai sensi della L.104/92, per poter essere valutato, devono essere attestati da medico specialista, appartenente a struttura pubblica o accreditata. Nel caso di disabilità intellettiva deve accertare la capacità di comprensione e di espressione, la capacità di soluzione dei problemi della vita quotidiana, il rapporto con gli altri nonché la memoria. Nel caso di disabilità motoria deve accertare la capacità di deambulare, la capacità di stare seduto, la motricità del capo, la motricità delle braccia, delle mani, la motricità dei muscoli.

La valutazione dovrà essere riassunta in un giudizio sintetico di gravità.

Solo nel caso in cui sussistano evidenti e comprovate difficoltà oggettive a rivolgersi ad un medico specialista e in assenza di Servizio Disabili Adulti della ASL il responsabile del procedimento può consentire che la predetta certificazione venga rilasciata dal medico di base dell'utente.

Il certificato da cui risulti il deficit intellettivo e/o motorio grave deve essere allegato alla domanda di ammissione al beneficio.

**CODICE FISCALE**  
97874100585

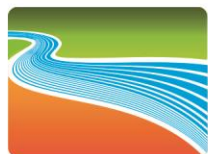
**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**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

## Allegato D

(da presentare all'Ufficio di Piano, a seguito del finanziamento, con cadenza mensile)

Alla cortese attenzione  
Dell'Ufficio di Piano del  
Consorzio "Valle del Tevere"  
c.a. Dott.ssa Simonetta De Mattia

c/o Comune di Formello  
Piazza San Lorenzo, 8  
00060 Formello (Rm)  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it

**Oggetto: Finanziamenti di progetti personalizzati di intervento, finalizzati al sostegno in favore di persone non autosufficienti (L. R. 20/06) – Piani per le autonomie - beneficiario:** \_\_\_\_\_

**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

Il/La sottoscritto/a ..... in  
qualità di beneficiario/tutore/genitore di .....  
richiede il rimborso mensile delle spese sostenute per gli interventi di assistenza  
indiretta relativi al mese di ..... di cui si  
rendiconta quanto segue:

mese	Fattura n. del.	Busta paga a favore di	Ore effettuate	Spesa €

A tal fine si allega copia della fattura/busta paga relativa al servizio erogato e la copia del bonifico bancario effettuato a favore di persona fisica o ente assistenziale che eroga il servizio.

Restando in attesa del pagamento della somma, porge distinti saluti.

Il richiedente

.....

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

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

Luogo e data.....

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