

**Format per LA RICHIESTA O CONFERMA DELLA RICHIESTA di
"Sostegno per la Vita Indipendente – anno 2026"
(PR ABRUZZOFSE+ 2021-2027)**

TITOLO DELL'INTERVENTO: **Sostegni ai progetti di Vita Indipendente - anno 2026**
ENTE BENEFICIARIO: ECAD N. 17 "Montagna Pescara"

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Cognome/Nome _____

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

e residente in _____

Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____

Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di posta elettronica _____

Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____

note

a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n. rilasciata alla Questura di con scadenza il o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)

In caso di presentazione della richiesta da parte di altro soggetto:

QUADRO A1 – GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome _____

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

e residente in _____

Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Il Sottoscritto dichiara di prendere visione dell'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) sul trattamento dei dati da parte dell'ECAD ai fini dell'erogazione delle prestazioni.

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA PER PRESA VISIONE

**spazio riservato alla informativa sul trattamento dei dati da parte dell'ECAD n. _____*