

All' Ente di Ambito Sociale n 29 "Foro – Alento"
Comune di Francavilla al Mare
Corso Roma,...n...7
66023 Francavilla al Mare (CH)

Oggetto: richiesta assegno disabilità gravissime a favore di persone in condizione di dipendenza vitale di cui al PLNA 2014.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ provincia. ____ via/piazza _____
n° ____ tel. _____ fax _____ email _____
Codice fiscale _____
Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

chiede

- il beneficio dell'assegno disabilità gravissime a favore di persone in condizione di dipendenza vitale nell'ambito del PLNA 2014
- il beneficio dell'assegno per persone affette da SLA

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ Prov. ____ via/piazza _____ n°
____ tel. _____ fax _____ email _____
Codice fiscale _____

in qualità di:

- familiare;
 tutore;
 amministratore di sostegno;
 altro (specificare)

chiede

- il beneficio dell'assegno disabilità gravissime a favore di persone in condizione di dipendenza vitale nell'ambito del PLNA 2014
- il beneficio dell'assegno per persone affette da SLA

a favore di: Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ Prov. ____ via/piazza _____ n°
____ tel. _____ fax _____ email _____
Codice fiscale _____
Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

A tal fine dichiara di essere:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.
- Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.

Ha già usufruito dell'Assegno Disabilità Gravissime nell'anno 2013:

- SI
- NO

Allega alla presente domanda **certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o medico specialista di struttura pubblica** e inoltre:

- certificato di invalidità in corso di validità,
- certificato legge 104/92 in corso di validità,
- fotocopia documento identità in corso di validità del diretto interessato,
- certificazione ISEE in corso di validità,
- altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione _____
- _____

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel _____ Fax _____ email _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui al *Piano Locale per la non Autosufficienza anno 2013*.

Firma _____

Data __ / __ / _____