

**Oggetto: Piano Locale per la Non Autosufficienza 2016 - richiesta assegno disabilità gravissime a favore di persone in condizione di dipendenza vitale.**

**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

l'assegnazione di assegno di cura nell'ambito del Piano Locale per la Non Autosufficienza anno 2016

**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

l'assegnazione di assegno di cura nell'ambito del Piano Locale per la Non Autosufficienza anno 2016

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:

- 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.

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

- certificato di invalidità in corso di validità
- certificato legge 104/92 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 2016.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_