

Oggetto: Piano Locale per la Non Autosufficienza 2016 - richiesta assegno disabilità gravissime a favore di persone affette da S.L.A. (sclerosi laterale amiotrofica).

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 per i malati di SLA 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 per i malati di SLA 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. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria del Ente di Ambito sociale.

Allega alla presente domanda:

- certificazione di diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) rilasciata da _____;

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.

Data __ / __ / _____

Firma _____