

**Modello Istanza per “Progetti assistenziali per persone
in condizione di disabilità gravissima”**

Al Signor Sindaco

del Comune di

l sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ il _____

residente in _____ CAP _____ via _____

n. _____, C.F. _____ Tel. _____

cell. _____ nella qualità di _____ del/lla

(specificare rapporto di parentela rispetto al disabile)

Sig./ra _____

nato/a _____ il _____

CHIEDE

Per il/la proprio/a familiare, affetto/a da grave patologia cronico degenerativa non reversibile, l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio.

Composizione del nucleo familiare

N.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto parentela

Allega alla presente istanza:

- 1) Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la condizione di disabilità gravissima;
- 2) Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;

- 3) Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) valevole per le prestazioni sociali agevolate (D.L. 31/03/1998, n. 190, D.L. 3 Maggio 2000, n. 130, così come modificati dal Decreto 8 marzo 2013) – Redditi Anno 2012
- 4) Dichiarazione ISEE – redditi anno 2012

 1 sottoscritto/a dichiara, altresì, che il/la proprio/a familiare usufruisce/non usufruisce di altra assistenza domiciliare.

DATA _____

FIRMA _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N° 196 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”

AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N° 196, ED IN RELAZIONE AI DATI PERSONALI CHE LA RIGUARDANO E CHE FORMERANNO OGGETTO DI TRATTAMENTO, LA INFORMIAMO DI QUANTO SEGUE:

- IL TRATTAMENTO È INDISPENSABILE AI FINI DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO;

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N°196, IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CHE LO/LA RIGUARDANO, FUNZIONALE AGLI SCOPI PER I QUALI È POSTO IN ESSERE.

DATA _____

FIRMA _____