

Oggetto: Censimento 2024 Disabili Gravi Minori e Adulti (art.3 c.3 L.104/92)

Il/La sottoscritt _____

nat. a _____ il _____ residente a _____

In via _____ n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

Cellulare _____ e-mail _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o noncorrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445

CHIEDE

() Per se stesso

o in qualità di:

() caregiver

() amministratore di sostegno

() tutore

della persona disabile di seguito indicata:

Nome _____ Cognome _____ nat. a _____

il _____ residente a _____ in via _____ n. _____

Codice fiscale _____ tel. _____ cell. _____

di essere censito per le eventuali prestazioni di Assistenza Personale ed Educativa che saranno erogate (a mezzo Voucher) ad avvenuta ricezione di finanziamenti regionali e ministeriali in favore del Distretto Socio Sanitario 37, a seguito della sottoscrizione del "Patto di Servizio" e dell'elaborazione di un piano personalizzato a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitaria)

A tal fine allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale della persona disabile;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente (CAREGIVER);
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore;
- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 c. 3;
- ISEE in corso di validità.

A TAL FINE DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico approvato con Delibera del Comitato dei Sindaci n.9 del 07/10/2024 e di accettarne interamente i contenuti
- di autorizzare al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.L.gs. n. 196/03, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C.

_____ li _____

IL RICHIEDENTE
