

Richiesta Assegno di Cura in favore di persone non autosufficienti residenti in Elice, di cui al FNNA annualità 2017.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ _____ prov. () residente a _____ prov. () via/piazza _____ n° _____ tel. _____ fax _____ email _____ Codice fiscale _____ Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____
CHIEDE
il beneficio dell'Assegno di Cura in favore di persone non autosufficienti residenti in Elice, di cui al FNNA annualità 2017

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: <input type="checkbox"/> familiare; <input type="checkbox"/> tutore; <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno; <input type="checkbox"/> altro (specificare)
CHIEDE
il beneficio dell'Assegno di Cura in favore di persone non autosufficienti residenti in Elice, di cui al FNNA annualità 2017
in favore di: Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ Prov. _____ via/piazza _____ n° _____ tel. _____ fax _____ email _____ Codice fiscale _____ Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

A tal fine **dichiara** di:

- aver già usufruito dell'Assegno di Cura in favore di persone non autosufficienti con i fondi PLNA annualità 2016:

SI

NO

Dichiara inoltre 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;
- essere informato che il Trattamento dei dati personali degli utenti verrà effettuato, in conformità con il Regolamento generale sulla protezione dei dati personali e con la coerente normativa nazionale vigente, a cura del Comune di Spoltore; esso verrà effettuato esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi comunali alla persona.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per accedere al servizio e l'eventuale rifiuto al trattamento comporterà il venir meno della possibilità di beneficiarne. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento e del Responsabile esterno indicato, contattando rispettivamente il Responsabile della Protezione dati del Comune, all'indirizzo email rpd@comune.spoltore.pe.it.

Prima di sottoscrivere il presente modulo voglia prendere visione dell'informativa completa sul trattamento che, per quanto concerne il titolare è reperibile sul sito web del Comune di Spoltore, all'indirizzo www.comune.spoltore.pe.it.

In relazione a quanto sopra il sottoscritto dichiara di aver preso visione e conoscenza delle richiamate informative relative al trattamento dei dati personali.

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,
- certificazione assegnazione accompagnamento,
- certificato legge 104/92 in corso di validità,
- fotocopia documento identità in corso di validità del diretto interessato,
- certificazione ISEE,
- 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 _____

Data ___/___/_____

Firma _____