

Al Comune di Elice
P.za della Libertà 1
65010 Pescara

Richiesta Assegno di cura in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. 26/09/2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da S.L.A. e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer, P.L.N.A. 2017.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. ____ Via/Piazza _____
n° _____ tel. _____ fax _____
email _____
Codice fiscale _____ Medico di Medicina Generale _____

CHIEDE

- il beneficio dell'Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. del 26/09/2016;
 il beneficio dell'Assegno per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica.

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. _____
email _____

in qualità di:

- familiare;
 tutore;
 amministratore di sostegno;
 altro (specificare)

CHIEDE

- il beneficio dell'Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. del 26/09/2016;
 il beneficio dell'Assegno per persone affette da S.L.A.

a favore di: Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ Prov. ____ Via/Piazza _____
n° _____ tel. _____ email _____
Codice fiscale _____
Medico di Medicina Generale: _____

A tal fine dichiara 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.
- Di non trovarsi in una delle condizioni di incompatibilità di cui ai punti 1.8 e/o 1.9 dell'Avviso.
- 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.

Dichiara, inoltre, di aver già usufruito dell'Assegno di cura per la Disabilità Gravissima o persone affette da SLA, di cui al F.N.N.A. annualità 2016:

SI NO

Si allega alla presente domanda:

- certificazione di diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica,
- certificazione di diagnosi definitiva di Morbo di Alzheimer,
- certificato di Invalidità Civile, in corso di validità,
- certificato Legge 104/92, in corso di validità,
- fotocopia documento identità in corso di validità del diretto interessato,
- copia del verbale di concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dall'Inps
- altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione _____

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____

Comune _____ Prov _____ CAP _____

Tel _____ email _____

Luogo e Data ____ / ____ / ____

Firma _____