

Oggetto: Progetti assistenziali in favore di persone in condizione di disabilità grave (D.P.R. n. 589/2018)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in via/piazza _____
n. _____ Comune di _____ C.F. _____
telefono _____.

CHIEDE

L'elaborazione di apposito progetto assistenziale personalizzato per soggetti in condizione di disabilità grave,

(da compilare solo in caso in cui l'interessato sia impossibilitato alla firma)

per il proprio familiare _____ nat. a _____
il _____ residente a _____ in via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

A TAL FINE DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero,

1) Di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura “*Contiene dati sensibili*”, i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione attestante il possesso dei requisiti ai sensi dell’art. 3 comma 3 di cui alla Legge L.104/92;
- ISEE socio – sanitario in corso di validità.

Il sottoscritto, _____ informato ai sensi del Regolamento Generale Europeo 2016/679, acconsente alla elaborazione dei Dati Personali da parte della P.A. ai fini del procedimento amministrativo. Si autorizza pertanto l’Ente a trattare i dati per finalità istituzionali e statistiche secondo le disposizioni e limiti di Legge.

IL RICHIEDENTE
