

Al Comune di _____

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano – Distretto Sociale B Frosinone

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SLA
AVVISO PUBBLICO 28/11/2016 - DGR Lazio n. 233/2012 e Det. Dir. n. G17471/2015
MODELLO DI ISTANZA

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

in qualità di:

familiare

tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

altro (specificare: _____)

in favore di: (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

CHIEDE

- l'assegnazione del seguente contributo economico destinato ai malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA), di cui alle DGR Lazio n.233/2012 e Det. Dir. n. G17471/2015:
 - assegno di cura per assistenza domiciliare indiretta da realizzare tramite assunzione di uno o più assistenti familiari che svolgano attività di cura e aiuto personale;
 - riconoscimento economico per l'impegno assistenziale sostenuto dal familiare/caregiver.

DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER:
(Cognome) _____ (Nome) _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____
Convivente: sì no

- di erogare il contributo con le seguenti modalità:
diretto al Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice Fiscale _____

con accredito sul Conto Corrente Bancario Postale
(Codice IBAN 27 caratteri)

c/o Banca/ Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi degli artt.75 e 76, D.P.R. n. 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. 46 del suddetto D.P.R. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico del Distretto Sociale B di Frosinone del 28/11/2016, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Distretto Sociale B di Frosinone in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

ALLEGA

- Certificazione attestante la diagnosi di SLA rilasciata in data _____ da _____
- Certificazione attestante la stadiazione della patologia rilasciata in data _____ da _____
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n. ___ al Modello di istanza*)
- Documento di identità in corso di validità del richiedente (*se diverso dal beneficiario del contributo*)
- Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D. Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui al "*Programma attuativo degli interventi a favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica SLA*" della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 233/2012 e successivi provvedimenti attuativi, in particolare per il trasferimento dei dati raccolti per l'implementazione del Registro di patologia regionale (Azione 4 prevista dall'Allegato alla DGR n. 233/2012).

Luogo e data _____

Firma del richiedente
