

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Oggetto: Richiesta presentazione istanza per l'individuazione dei beneficiari per il programma regionale "Dopo di Noi"

Legge 22 giugno 2016, n. 112 – D.A. n. 2727/S5.

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente in
Via /Piazza _____ n. _____ Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
telefono _____

Per se stesso

Per un familiare: nome _____ cognome _____, nato a _____ il _____
e residente in via _____, a _____

DICHIARA

- di essere in possesso della certificazione disabilità grave: L. 104/92 art 3 c. 3;

- essere residente nel comune di _____;

- di essere istituzionalizzato, dove _____; **di non essere istituzionalizzato**

- che il proprio nucleo familiare è così composto:

	Cognome e Nome	Rapporto familiare	nato		Invalidità
			a	il	
1					
2					
3					
4					
5					

Allega alla presente istanza:

- Certificazione disabilità grave – L. 104/92 – art. 3, c. 3;
- Grado di non autosufficienza dei genitori mediante certificato di invalidità civile.
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;

Il sottoscritto dichiara altresì che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per l'inserimento dei beneficiari per il programma "Dopo di Noi" Legge 22 giugno 2016, n. 112 – D.A. n. 2727/S5 della Regione Sicilia e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazione rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma _____

CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO E ALLA DIFFUSIONE DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a dopo essere stat___ informat___ ai sensi dell'art.13 del nuovo codice sulla privacy (D.Lgs 196 del 30 giugno 2003) e, in particolare dopo essere stat___ informat___ dei propri diritti nei confronti del trattamento dei dati sanitari e sulla vita sessuale se applicabile;

preso atto che i trattamenti verranno effettuati comunque nei limiti posti dalla legge inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza;

ESPRIME

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali che l___ riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie correlate all'oggetto della prestazione ed il proprio consenso al trattamento dei propri dati ai fini statistici epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la comunicazione, diffusione e il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge.

Data _____

