

DOMANDA per accedere alla VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA
Misura a favore delle persone con disabilità grave e prive di sostegno familiare
Progetto "Dopo di Noi"

Al Signor Sindaco
 del Comune di _____

 Uffici Servizi Sociali

Il sottoscritto Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE Grado di parentela _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

del sig./sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

di poter accedere alla valutazione multidimensionale integrata per la definizione di un Progetto Individuale di Assistenza comprensivo delle misure previste ai sensi dal D.M 23.11.2016, in favore delle persone con disabilità grave e prive di sostegno familiare:

A TAL FINE DICHIARA

di trovarsi in una delle seguenti situazioni (barrare con una x)

- Completamente solo, senza supporto esterno di alcun familiare e privo di risorse economiche;
- Con genitori che non sono più nelle condizioni di continuare a garantire il sostegno genitoriale;
- Inserito in una struttura residenziale;
- Altro (specificare): _____

- che il proprio nucleo familiare è composto da:

N.	COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

A TAL FINE ALLEGA

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento.
- (IN BUSTA CHIUSA con la seguente dicitura: contiene dati sensibili) Copia del certificato di disabilità grave ai sensi della L. 104 / 92 art. 3 comma.3.
- ISEE sociosanitario come da normativa vigente e in corso di validità (da utilizzare ai fini della formulazione della graduatoria)
- Altro (specificare): _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679 e degli art.11 e 13 del D.lgs 30.06.2003 n.3, ove applicabili, in quanto non incompatibili, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" **presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.**

Data _____

Firma _____

Considerato che il signor/ra _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 4249/15, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____