

Istituzione per i servizi sociali "Vestina"  
Contrada San Bartolomeo, 9  
65010 Carpineto della Nora

**Oggetto: Piano Locale per la Non Autosufficienza 2016 - richiesta assegno disabilità gravissime a favore di persone affette da S.L.A. (sclerosi laterale amiotrofica).**

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ provincia. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

chiede  
l'assegnazione di assegno per i malati di SLA nell'ambito del Piano Locale per la Non  
Autosufficienza anno 2016

**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. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

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

chiede  
l'assegnazione di assegno per i malati di SLA nell'ambito del Piano Locale per la Non  
Autosufficienza anno 2016

a favore di: Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

A tal fine:

- 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.

- 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 segreteria del Ente di Ambito sociale.

Allega alla presente domanda:

- certificazione di diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) rilasciata da \_\_\_\_\_;

**CHIEDE CHE**

eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via / piazza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENTO**

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 Piano Locale per la Non Autosufficienza anno 2016.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_