



Modulo A

DOMANDA DI VALUTAZIONE INTEGRATA
Misura a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di
non autosufficienza
(Misura B2 - DGR 2883 del 12.12.2014)

AL COMUNE DI _____

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 _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO 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 socio-sanitaria integrata per la definizione di un Progetto Individuale di Assistenza - in collaborazione con l'Asl territorialmente competente - comprensivo delle misure previste ai sensi della DGR 2883/14 a favore delle persone con grave disabilità o in condizione di non autosufficienza.

A TAL FINE ALLEGA

- Copia del Verbale d'Invalidità Civile
- Copia della certificazione di handicap grave Legge 104/92
- ISEE ORDINARIO/SOCIOSANITARIO in corso di validità Valore € _____
- Copia della certificazione di alunno in condizioni di disabilità (art.4 L.104/92).
- Altro (specificare): _____

DICHIARA

inoltre 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 D. Lgs. 196/2003, 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 2883/14, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____