

Oggetto: Richiesta ammissione al programma regionale di assegni di cura ex DGR 325/20 FNA 2021

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ alla via _____ n° _____

 _____  _____

E-mail / PEC _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 del 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., consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa,

CHIEDE

in qualità di: avente diritto familiare delegato tutore/amministratore di sostegno di :

_____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ alla

via _____ n° _____  _____

Codice Fiscale _____

l'ammissione al programma regionale di assegni di cura per disabili gravissimi

DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti di cui all'avviso pubblicato in data 27/10/2022 sui siti istituzionali dei Comuni facenti parte dell'Ambito N24

Alla presente allega:

- Documento di riconoscimento del beneficiario;
- Documento di riconoscimento dell'eventuale familiare delegato e relativa delega;
- Documento di riconoscimento dell'eventuale tutore/amministratore di sostegno e decreto di nomina dello stesso;
- ISEE socio sanitario in corso di validità;
- Copia verbale UVI con valutazione effettuata in base alle scale di cui agli allegati 1 e 2 del D.M. 26/09/2016 ;
- Frontespizio conto bancario/postale con IBAN intestato/cointestato all'interessato;

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR 679/2016 e del Decreto Legislativo 30/6/2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, anche con strumenti informatici, limitatamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____