

DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE

(Programma operativo Regionale D.G.R. 6674 del 7.6.2017
L. N.112/2016 "Dopo di noi")

Al Comune di _____
Ambito Territoriale di Vimercate

Il sottoscritto (cognome e nome) _____
 Nato a _____ il _____
 Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
 Via _____ n. _____
 Email _____ tel. _____
 Codice fiscale [][][][][][][][][][][][][][][][][]
 Domicilio (se diverso da residenza) _____

CHIEDE

per se stesso:

A favore di (cognome e nome)

Nato a _____ il _____
 Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
 Via _____ n. _____
 Email _____ tel. _____
 Codice fiscale [][][][][][][][][][][][][][][][][]
 Domicilio (se diverso da residenza) _____

Medico di Medicina Generale _____

in qualità di

- Familiare (specificare il grado di parentela) _____
- Tutore – provvedimento di nomina n. _____ del _____ Tribunale di _____
- Curatore – provvedimento di nomina n. _____ del _____ Tribunale di _____
- Amministratore di sostegno – provvedimento di nomina n. _____ del _____ Tribunale di _____

*N.B. Le misure A. B1. B2. e E. o F. sono tra loro cumulabili.
Le misure C1. e C2. sono tra loro cumulabili.
Le misure C1. e C2. e G. sono tra loro cumulabili.
Le misure A. e D. sono tra loro cumulabili.*

A TAL FINE

- consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art 71 del DPR 445/00;
- consapevole che i diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi hanno facoltà di controllare presso gli uffici preposti la veridicità delle dichiarazioni e/o di contattare le famiglie per acquisire informazioni sulla domanda e sul progetto in atto;
- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

DICHIARA sotto la propria responsabilità

- che i documenti allegati in fotocopia non sono stati revocati, sospesi o modificati;
- di essere a conoscenza e di accettare che l'indirizzo di posta elettronica indicato nella domanda sarà utilizzato per le comunicazioni da parte dei diversi enti che partecipano all'erogazione dei servizi;

- che la persona per cui viene richiesta la misura:

ha ottenuto la certificazione di handicap grave ex art. 3 comma 3 della legge 104/92 nella seduta del _____ rilasciata da _____

che si allega;

Presenta ISEE per l'anno 2017 pari a _____ **che si allega;**

N.B. Ai soli fini dell'attribuzione del punteggio sulla situazione economica patrimoniale deve essere allegata anche la DSU familiare per ISEE ordinario del richiedente.

Presenta la seguente situazione familiare:

- entrambi i genitori e almeno un fratello/sorella;
- coniuge / convivente e figli;
- entrambi i genitori;
- coniuge / convivente;
- un solo genitore e almeno un fratello/sorella;
- un solo genitore;

- almeno un fratello;
 solo;

specificare ulteriori informazioni rilevanti sulla situazione familiare (a titolo esemplificativo: malattie invalidanti, carichi familiari, presenza di più soggetti disabili nel nucleo familiare...)

Frequenta la seguente struttura diurna _____

Sita a _____

Gestita da _____

Frequenta la seguente struttura residenziale _____

Sita a _____

Gestita da _____

Si allega/allegano il/i Modello/i specifico/i relativo/i alle misure di cui si chiede l'attivazione.

Carta di Identità del richiedente, in corso di validità.

Data e luogo _____ Firma _____

N.B.

Le domande dovranno essere presentate **entro e non oltre il giorno 31/10/2017 presso i Servizi sociali del Comune di residenza.**

Sarà possibile integrare e completare la documentazione a corredo della domanda anche successivamente alla presentazione e comunque entro e non oltre il 15 novembre 2017.

Le domande presentate oltre il termine suddetto o con modalità difformi da quanto previsto nel presente documento, non saranno prese in considerazione.

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia.

L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali



Comune di Ronco Briantino

dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____