

Oggetto: Censimento 2024 Disabili Gravi Minori e Adulti (art. 3 c. 3 L.104/92)

Il/la sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____ residente a _____

in via _____ n. _____ codice fiscale _____

cell/tel _____ e-mail _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445

CHIEDE

Per se stesso o in qualità di:

caregiver

amministratore di sostegno

tutore

Della persona disabile di seguito indicata:

Nome _____ Cognome _____ nat_ a _____

Il _____ residente a _____ in via _____ n. _____

Codice fiscale _____ cell _____

Di essere censito per le eventuali prestazioni di Assistenza Personale ed Educativa che saranno erogate (a mezzo voucher) ad avvenuta ricezione di finanziamenti regionali e ministeriali in favore del Distretto Socio Sanitario D12 e trasferiti al Comune di Biancavilla, a seguito della sottoscrizione del "Patto di Servizio" e dell'elaborazione di un piano personalizzato a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitaria).

A tal fine allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale della persona disabile;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente (**CAREGIVER**);
- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- ISEE in corso di validità;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore.

A TAL FINE DICHIARA

- Di aver preso visione dell'Avviso Pubblico pubblicato sul sito istituzionale del Comune;
- Di autorizzare al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art. 13 del D, Lgs. 196/03, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'A.C.

_____ li _____

IL RICHIEDENTE
