

AL COMUNE DI

UFFICIO SERVIZIO SOCIALE

OGGETTO: istanza di ammissione per l'erogazione di un sostegno economico, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, quale referente che si prende cura di un soggetto affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) – Avviso pubblico del 23/08/2017 ai sensi del D.A. n. 2201/S5 del 07/08/2017.

Il sottoscritto/a _____, presa visione e accettato quanto contenuto nell'Avviso Pubblico di cui in oggetto, in qualità di familiare che si prende cura dell'assistenza al Sig./Sig.ra _____, affetto/a da SLA,

Chiede

di essere ammesso/a al beneficio economico di cui all'oggetto e, a tal fine,

Dichiara

sotto la propria responsabilità e ai sensi del D.P.R. 445/2000:

- Di essere nato/a a _____ il _____,
- Di essere residente a _____ indirizzo _____
- Che il proprio recapito telefonico è il seguente: _____
- Che il proprio Codice fiscale è il seguente: _____
- Di essere il familiare-caregiver del Sig./Sig.ra _____
_____ affetto/a da "SLA", e di prendersi cura della sua assistenza;
- Che il familiare, _____, affetto da SLA, è nato/a a _____
il _____ ed è residente in _____, indirizzo _____
Codice Fiscale : _____
- Di non percepire l'assegno di cura di cui alla L.R. n. 4 del 01/03/2017 e s.m.i.
- Che il proprio stato di famiglia è così composto :

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	Rapporto di parentela con il dichiarante
1) IL DICHIARANTE		/ / / / / / / / / /
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		

Di avere preso visione dell'avviso pubblico e di accettare le prescrizioni ivi indicate

Allega alla presente:

- o copia del documento d'identità in corso di validità del familiare/caregiver che sottoscrive l'istanza **(la mancata presentazione del documento e/ o sottoscrizione dell'istanza determinano l'esclusione)**;
- o certificazione rilasciata dal medico curante che attesti la diagnosi di (SLA) in capo al soggetto che si assiste **(la mancata presentazione del certificato determina l'esclusione)**;
- o certificazione dei Centri di riferimento Regionali SLA, che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia **(la mancata presentazione del certificato determina l'esclusione)**;
- o copia del codice IBAN del beneficiario;
- o copia del codice fiscale del richiedente e dell'assistito.

Data

Il familiare-caregiver

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Per trattamento dei dati personali si intende la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, l'utilizzo, la comunicazione, la diffusione e la cancellazione delle informazioni riguardanti i soggetti di riferimento.

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 13 D. Lgs. 196/2003, si informa che i dati forniti sono trattati su supporto cartaceo e informatico ai soli fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla presente richiesta. Titolare è il Comune di Marsala ed il Comune di Petrosino. L'interessato/a ha diritto all'aggiornamento dei dati e ad opporsi per motivi legittimi al trattamento, oltre agli altri diritti indicati all'art. 7 del D.Lgs. N. 196/2003 "diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti".

L'Amministrazione comunale può utilizzare i dati contenuti nella presente istanza esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D. LGS. n. 196 del 30/5/2003 "Codice trattamento dati personali"). Pertanto, il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. N. 196/2003 e di aver preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. medesimo, ed esprime il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità di cui alla presente istanza.

Firma del dichiarante

_____ // _____