

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

ISTANZA PRESENTATA DA \_\_\_\_\_

PERVENUTA IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PROT. N. \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI INTERVENTO ' sostegno economico al familiare che si prende cura di un soggetto affetto da "SLA"

Trasmessa al responsabile del procedimento amministrativo dell'Ufficio Piano del Distretto n.52- Marsala-Petrosino

IL----- PROT. N. \_\_\_\_\_

**COMUNE DI .....**

**SERVIZIO SOCIALE**

**Via .....**

\_\_\_\_\_

**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 (SLA). **Avviso Pubblico del 16/03/2015.**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, presa visione e accettato quanto contenuto nell'Avviso Pubblico del \_\_\_\_\_, in qualità di familiare convivente che si prende cura dell'assistenza al 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 \_\_\_\_\_ nella via/c.da/p.zza/v.lo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Che il proprio recapito telefonico è il seguente: \_\_\_\_\_
- Che il proprio Codice fiscale è il seguente: \_\_\_\_\_

- Di convivere con il Sig./ra \_\_\_\_\_, affetto/a da "SLA", e di prendersi cura della sua assistenza;
- Che il familiare convivente, \_\_\_\_\_, affetto da "SLA" è nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ed è residente in \_\_\_\_\_ via/c.da/p.zza/v.lo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale : \_\_\_\_\_
- ☐ Che il proprio stato di famiglia è così composto :

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

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

<p>INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"</p> <p>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.</p> <p>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".</p> <p>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").</p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;">Firma del Richiedente</p> <p>----- -----</p>
---

**Allega alla presente:**

- ✓ fotocopia 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)**
- ✓ 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)**

✓ certificazione dei Centri di riferimento Regionali, che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia (SLA) in capo al soggetto che si assiste.

**(la mancata presentazione del certificato determina l'esclusione)**

✓ copia del codice IBAN del beneficiario

✓ copia del codice fiscale del richiedente e dell'assistito

**Data .....**

**Il familiare-caregiver**

---