

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
