

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

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 Richiedente ----- -----

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
