

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(art.47 del DPR 28.12.2000, n.445)

Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima

Al Servizio politiche sociali
Distretto S.S. D6''
del Comune di _____

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

e residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____

CAP _____ Prov. _____ telefono _____

In qualità di:

- richiedente
- genitore
- altro familiare (specificare _____)

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome _____

nato a _____ il _____ e residente in _____

via/piazza _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____

telefono _____

Che risulta affetto da disabilità gravissima.

Chiede

in favore del familiare in condizione di disabilità gravissima interventi di carattere sociale le cui prestazioni e attività sono riportate nel piano assistenziale personalizzato redatto dall'ASP di concerto con l'Assistente Sociale del Comune di Residenza (Regolamento distrettuale per la realizzazione del sistema integrato).

Allega alla presente istanza:

- Certificato del medico di medicina generale, attestante la condizione di dipendenza vitale con gravi patologie cronico degenerative non reversibili ;
- Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del decreto legislativo n. 109/98 e succ. modif.ed integr., in corso di validità, rilasciato da organismo abilitato (CAF- INPS etc....)
- Documento di riconoscimento del richiedente .

Dichiara di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale, in virtù dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, è autorizzata ad effettuare idonei controlli, attraverso gli organi competenti, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dal sottoscritto.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs 30 giugno 2003 n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA