

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 40**  
**Corleone (Capofila) – Campofiorito - Bisacquino – Contessa Entellina – Chiusa Sclafani –**  
**Giuliana – Roccamena –**

**DOMANDA PER PROGETTI ASSISTENZIALI IN FAVORE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI**  
**DISABILITA' GRAVISSIMA -**  
**F.N.A. ANNO 2016 -**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Al Distretto Sanitario di Corleone

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

nella qualità di \_\_\_\_\_ del/della sig./ra. \_\_\_\_\_

(specificare rapporto di parentela rispetto al disabile), nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per il proprio familiare, affetto da grave patologia cronico degenerativa non reversibile, l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio.

**DICHIARA**

- Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- La composizione anagrafica del nucleo familiare risulta essere la seguente:

N.	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

## ALLEGA

- Patto di cura debitamente sottoscritto da ciascun soggetto o suo rappresentante, redatto secondo lo schema allegato al precitato decreto presidenziale, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000;
- Verbale di visita collegiale di riconoscimento dell'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- Verbale di visita collegiale di riconoscimento dell'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- Verbale di visita collegiale di riconoscimento della legge 104/92, art. 3, comma 3°;
- Decreto di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
- Copia del documento di identità del richiedente e della persona con disabilità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

---

In base a quanto disposto dall'art. 13 del D.lgs. 196/2003 sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

- La finalità del trattamento è l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio e per le procedure amministrative inerenti l'espletamento della partica;
- I dati saranno trattati su rapporti cartacei ed elettronici;
- Il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- Potranno essere esercitati i diritti di accesso ai dati di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/2003.

E consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000).

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

---