

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

**Istanza per la partecipazione ai progetti personalizzati per il “Dopo di Noi” per
persone con disabilità senza il necessario supporto familiare**

(Legge 22 giugno 2016, n. 112)

Al Signor Sindaco del Comune di _____

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

Di fruire degli interventi a diretto beneficio delle persone con disabilità, previa costruzione di progetti individualizzati orientati verso l'autonomia e l'uscita dal nucleo familiare di origine.

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

- Verbale di visita collegiale di riconoscimento della legge 104/92, art. 3, comma 3°;
- Certificazione medica attestante che la disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Decreto di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
- Modello ISEE ordinario in corso di validità;
- Copia del documento di identità del richiedente e della persona con disabilità.

Luogo e data _____

Firma del Dichiarante

In base a quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679 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 alla partecipazione ai progetti per il Dopo di Noi e per le procedure amministrative inerenti l'espletamento della pratica;
- 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 al Regolamento UE 2016/679.

Luogo e Data _____

Firma del Dichiarante
