

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 40**

**Corleone (Capofila) – Campofiorito - Bisacquino – Contessa Entellina – Chiusa Sclafani –  
Giuliana – Roccamena –**

**Istanza per l'elaborazione di piani personalizzati in favore dei disabili gravi non autosufficienti ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92**

**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 grave, previa costruzione di piani personalizzati dai quali si evincano eventuali forme di assistenza diretta e/o indiretta.

- **Assistenza domiciliare diretta**: assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio del disabile attraverso assistenti personali formalmente incaricati, mediante contratti di lavoro privati;
- **Assistenza domiciliare indiretta**: assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio del disabile attraverso assistenti personali formalmente incaricati, mediante contratto di lavoro privato.

**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°;
- Decreto di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
- Modello ISEE socio sanitario 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 fruizione dell'assistenza diretta e/o indiretta 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

\_\_\_\_\_