

Al Comune di Casteltermini (Ag)
C/O Ufficio servizi Socio-Assistenziali
92025 CASTELTERMINI

All'ASP Distretto Sanitario di Casteltermini
Viale Kennedy, 20
92025 CASTELTERMINI

Oggetto: ISTANZA PER L'ACCESSO AI BENEFICI PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017

Il/La sottoscritt _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n°445, dichiara di essere

nat ___ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

codice fiscale _____

tel.: _____ e-mail _____

In qualità di Legale Rappresentante o familiare (Specificare) _____ del/la

Sig./ra _____ (allegare eventuale nomina)

nat ___ a _____ il _____

residente a _____ in _____

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO MONETARIO PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017

A TAL FINE DICHIARA E ALLEGA

- di aver preso visione dell'avviso pubblico per accedere ai benefici per le persone con disabilità gravissima di cui alla l.r. n° 4 del 1 marzo e al d.p. 532/2017 modificato con d.p. 545 del 10 maggio 2017
- di **essere in possesso** e di **allegare** la certificazione di riconoscimento di portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 l. 5 febbraio 1992 n°104;
- di **essere in possesso** e di **allegare** del verbale di invalidità civile;
- la **sussistenza** delle condizioni di disabilità previste nell'art. 3 del d.m. 26/09/2016, **allegando** relativo certificato medico;
- allega** fotocopia dell'eventuale nomina di legale rappresentante;
- allega** fotocopia documento di identità e codice fiscale del richiedente e/o del legale rappresentante;
- Altro

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell' art.13 D.Lgs.n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art. 19. Il responsabile è il Dirigente coordinatore del Settore. L'interessato può far valere nei confronti dell' A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli art. 8,9 e 10 del D.Lgs 196/06.

IL RICHIEDENTE

La Sig.ra/il Sig. _____ attesta che le copie dei documenti allegati all'istanza sono conformi all'originale.

Luogo e data _____

IL RICHIEDENTE