

OGGETTO: Programmazione F.N.A. 2017

Richiesta dati - Soggetti Disabili Gravi, minori e non, di cui all'Art. 3 comma 3 della L.104/92 e Soggetti non autosufficienti

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a _____ il _____,

residente a _____ in Via _____, _____,

Rec. Telefonico _____

In qualità di:

- Genitore Figlio/a Tutore Amministratore di Sostegno
 Legato da vincolo di parentela (specificare) _____

COMUNICA

- Di essere affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'Art. 3 comma 3 della L.104/92
- Di essere soggetto non autosufficiente (Indennità di Accompagnamento)
- Che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente, per vincolo di parentela, soggetto disabile grave ai sensi dell'Art. 3 comma 3 della L.104/92;
- Che nel proprio nucleo familiare è presente **minore (figlio)** disabile grave ai sensi dell'Art. 3 comma 3 della L.104/92;
- Che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente, per vincolo di parentela, soggetto non autosufficiente (Indennità di Accompagnamento);
- Altro: _____

Dati del Soggetto disabile grave / non autosufficiente

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Residenza _____ Indirizzo _____

DICHIARA

(art.47 D.P.R.445 del 28/12/2000)

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dell'art.76 del D.P.R. 28/12/200 n°445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione e uso di atti falsi,

Di essere in possesso, relativamente al disabile grave/soggetto non autosufficiente, dell'ISEE, in corso di validità, pari ad € _____;

Di essere in possesso, relativamente al disabile grave/soggetto non autosufficiente, dell'ISEE Socio Sanitario, in corso di validità, pari ad € _____;

Allega al presente modulo:

- Copia della certificazione di riconoscimento della disabilità grave ai sensi dell'Art. 3 comma 3 della L.104/92;
- Copia della certificazione di riconoscimento della non autosufficienza (100% + Accompagnamento);
- Copia del documento di riconoscimento del dichiarante e del soggetto disabile / non autosufficiente
- Copia attestante la tutela o l'Amministrazione di Sostegno

San Cataldo, li _____

IL RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D.Lgs. 196/2003, i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione e creazione di una la "banca dati" sulla disabilità etc. da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del comune di San Cataldo, nonché del Distretto Socio Sanitario n. 11. E l'Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D.Lgs. 196/2003.

San Cataldo, li _____

IL RICHIEDENTE