**ISTANZA PER L’EROGAZIONE DELL’INTERVENTO\_**

**“SED E SAD DISABILI GRAVI ADULTI E MINORI” PIANO DI ZONA 2010-2012 RIMODULATO**

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

 Settore Servizi e Politiche Sociali

**OGGETTO:** **Disabilità grave** Piano di Zona 2010/2012, 3° annualità, Azione n° 4” SED E SAD DISABILI GRAVI ADULTI E MINORI”.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nella qualità di:

* Richiedente (soggetto disabile grave)
* Familiare (specificare il rapporto di parentela con il disabile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altro (tutore, amministratore di sostegno…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Del/la Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

l'ammissione al servizio di cui all’azione n° 4” SED E SAD DISABILI GRAVI ADULTI E MINORI” di cui al Piano di Zona 2010/2012, 3° annualità

**A TAL FINE DICHIARA**

1. Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
2. Di aver preso visione dell’Avviso Pubblico allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin d’ora alla sua sottoscrizione;

**Allega alla presente:**

1) Copia del documento di riconoscimento del soggetto disabile;

2) Copia del documento di riconoscimento del caregiver;

3) Certificazione ISEE socio -sanitario in corso di validità (solo per utenti maggiorenni);

5) Verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 della legge n. 104/92, inserito in busta chiusa con la dicitura “contiene dati sensibili”

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, ai sensi della L. 196/2013 e D. Lgs. N. 51/2018.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li

IL RICHIEDENTE