

ALLEGATO "5": MODELLO DI ISTANZA DI ASSEGNO DI CURA

All' Ente di Ambito Sociale n.....

Via/piazza.....n....

Città Prov.....CAP.....

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
 residente a _____ provincia. ____ via/piazza _____
 n° _____ tel. _____ fax _____ email _____
 Codice fiscale _____
 Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____
 chiede
 l'assegnazione di assegno di cura di cui al *PLANO ESECUTIVO* del "Progetto per l'assistenza alle persone affette da SLA" della Regione Abruzzo

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
 residente a _____ Prov. ____ via/piazza _____ n° _____
 _____ tel. _____ fax _____ email _____
 Codice fiscale _____
 in qualità di:
 familiare;
 tutore;
 amministratore di sostegno;
 altro (specificare)

chiede
 l'assegnazione di assegno di cura di cui al *PLANO ESECUTIVO* del "Progetto per l'assistenza alle persone affette da SLA" della Regione Abruzzo

a favore di: Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____
 residente a _____ Prov. ____ via/piazza _____ n° _____
 _____ tel. _____ fax _____ email _____
 Codice fiscale _____
 Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

A tal fine:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.
- Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria del Ente di Ambito sociale.

Allega alla presente domanda:

- certificazione di diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) rilasciata da _____;

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel _____ Fax _____ email _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui al *PIANO ESECUTIVO* del "Progetto per l'assistenza alle persone affette da SLA" della Regione Abruzzo.

Data __ / __ / _____

Firma _____