



D43



Al Distretto Sanitario di _____
Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale

**ISTANZA PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA
Ai sensi del D.P. 545 del 10.5.2017**

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445/00

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____/____/____
e residente a _____ in via _____ n. ____ Tel. _____,
appartenente al Distretto Socio-Sanitario di _____

CHIEDE

Ai sensi della L.R. n. 4 del 01/03/2017 nonché del D.P. n. 532/2017 modificato con D.P. n. 545 del 10 maggio 2017 art.1.

Per il/la _____ nato a _____, il _____
C.F. _____ e residente in Via _____, in situazione di disabilità gravissima, previa valutazione dei requisiti richiesti per legge, il trasferimento monetario diretto di cui all'art. 1 della L.R. 1 marzo 2017 n.° 4

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria L. 104/92 (art.3 comma 3)
- Certificazione di invalidità 100% più indennità di accompagnamento (L. 18/80-L. 508/88)
- Fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore e del soggetto disabile gravissimo.

dichiara

di essere a conoscenza che la presente istanza potrà essere presa in esame se pervenuta entro e non oltre il 10 giugno 2017, fatta salva eventuale riapertura dei termini.

Data _____

Firma _____

CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO E ALLA DIFFUSIONE DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a dopo essere stat__ informat__ ai sensi dell'art.13 del nuovo codice sulla privacy (D.Lgs 196 del 30 giugno 2003)e, in particolare dopo essere stat__ informat__ dei propri diritti nei confronti del trattamento dei dati sanitari e sulla vita sessuale se applicabile; preso atto che i trattamenti verranno effettuati comunque nei limiti posti dalla legge inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza;ESPRIME

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali che l__ riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie correlate all'oggetto della prestazione ed il proprio consenso al trattamento dei propri dati ai fini statistici epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la comunicazione, diffusione e il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge.

Data _____

Firma _____