



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM/G5

Tra i comuni di:

CAPRANICA PRENESTINA, CASTEL SAN PIETRO ROMANO, CAVE,
GALLICANO NEL LAZIO, GENAZZANO, PALESTRINA, ROCCA DI CAVE, SAN
CESAREO, SAN VITO ROMANO, ZAGAROLO ED AUSL RMG.

Interventi in favore di persone affette da Disabilità Gravissime

Avviso pubblico ai sensi del Decreto interministeriale 26 settembre 2016 e della deliberazione della Giunta regionale del Lazio 104/2017

Richiedente:

NOME.....COGNOME.....

DATA DI NASCITA..... SESSO M | _ | ; F | _ |

NAZIONALITA'

RESIDENZA: ind..... num..... Prov.....

località (Comune).....cap.....

DOMICILIO: ind..... num..... Prov.....

località (Comune).....cap.....

TEL..... CELL..... STATO CIVILE

COD. FICSALE | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | |

In qualità di:

1) se stesso ; 2) coniuge ; 3) genitore ; 4) figlio/a ; 5) fratello/sorella ;

6) altro patente (specificare.....);

6) altra persona (specificare.....).

Richiede in favore di:

NOME.....COGNOME.....

DATA DI NASCITA..... SESSO M | _ | ; F | _ |

NAZIONALITA'.....

RESIDENZA: ind..... num..... Prov.....

località (Comune).....cap.....

DOMICILIO: ind..... num..... Prov.....

località (Comune).....cap.....

TEL..... CELL..... STATO CIVILE

COD. FICSALE | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | |

CHIEDE

Di beneficiare degli interventi/servizi previsti ai sensi della DGR 104 del 07/03/2017 – disabilità gravissima.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D. Lgs. n.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 decreto

dichiara:

- ✓ **di aver preso visione dell'Avviso pubblico prot. n 14664 del 25 ottobre 2017** relativo alla presente istanza,
- ✓ **di accettare tutte le condizioni in esso previste e**
- ✓ **che il potenziale destinatario degli interventi/servizi è in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;**

dichiara altresì:

- ✓ che il destinatario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-assistenziale, socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- ✓ di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

ALLEGA:

- certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria specialistica pubblica che attesti la condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016, come da avviso, e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato;**
- Documento di identità in corso di validità del richiedente;**
- Documento di identità in corso di validità del potenziale destinatario del contributo (se diverso dal richiedente)**

- Attestazione ISEE in corso di validità per i nuclei familiari con componenti con disabilità** ai sensi del DPCM del 5 dicembre 2013, n. 159 e della legge 26 maggio 2016, n. 89.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, il sottoscritto autorizza l'uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all'istruttoria della richiesta e alla conseguente eventuale concessione dei benefici richiesti.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
