

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

DISTRETTO SOCIO SANITARIO \_\_\_\_\_

AL DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

OGGETTO: ISTANZA PER LA RICHIESTA DI INTERVENTO ECONOMICO IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA CHE NECESSITANO A DOMICILIO DI ASSISTENZA H 24.

(DI CUI ALLA L.R. 1 MARZO 2017 E ALD.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO sul supplemento ordinario della GURS n. 22 del 26/05/2017.

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (\*)

Nato/a \_\_\_\_\_ (\*) il \_\_\_\_\_ (\*)

CF \_\_\_\_\_ (\*) e residente a \_\_\_\_\_ (\*)

Via \_\_\_\_\_ (\*) n. civico \_\_\_\_\_ (\*) Tel./Cell. n. \_\_\_\_\_ (\*)

E-mail \_\_\_\_\_ (\*)

PER SE STESSO

1) QUALITÀ' DI RAPPRESENTANTE LEGALE OVVERO COME FAMILIARE DELEGATO  
(specificare il grado di Parentela e allegare eventuale nomina \_\_\_\_\_)

CHIEDE

l'accesso al beneficio economico, previa valutazione da parte dell'Unità Multidimensionale dell'ASP di competenza territoriale, che dovrà verificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'Art. 3 del D.M. 26.09.2016 del disabile gravissimo e previa firma del "Patto di Cura".

(\*) campo obbligatorio

DATI ANAGRAFICI DEL DISABILE (\*) (Da compilarsi solo nel caso in cui il richiedente non è il disabile stesso):

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Luogo di residenza	Codice Fiscale
Recapito telefonico	E-Mail

#### A TAL FINE DICHIARA

- DI ESSERE IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI RICONOSCIMENTO DI PORTATORE DI HANDICAP AI SENSI DELL'ART. 3 L. 5 FEBBRAIO 1992 N°104, CON REVISIONE DI ESSERE IN POSSESSO DEL VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE, CON REVISIONE.....
- ESSERE IN POSSESSO DEL VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE, CON REVISIONE.....
- LA SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI DI DISABILITÀ DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016;
- DI AVER PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO PER ACCEDERE AI BENEFICI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017

#### ALLEGA:

- Verbale definitivo di Visita della Commissione medica con diagnosi (\*) (da consegnare in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili")
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente (\*)
- Fotocopia del documento di riconoscimento del disabile gravissimo (\*)
- Altro (da consegnare in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili")

ii

FIRMA

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 etc. da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del Comune di \_\_\_\_\_ e dell'ASP di Agrigento per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita. Il/la richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D. L.gs 196/2003.

ii

FIRMA DEL DICHIARANTE

(\*) campo obbligatorio