

Ai Servizi Sociali del Comune di _____

All'Azienda Sanitaria Provinciale Distretto di Augusta

OGGETTO: Istanza per l'accesso ai benefici per disabili gravissimi ai sensi della legge regionale n.4/2017 e il D.P.R.S. 532/2017 modificato con il D.P. R.S. n.545 del 10/05/2017.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

e residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____

CAP _____ Prov. _____ telefono _____

In qualità di:

richiedente

genitore

altro familiare (specificare _____)

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome _____

nato a _____ il _____ e residente in _____

via/piazza _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____

telefono _____

CHIEDE

la valutazione sulla sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016, da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie provinciali, per accedere al beneficio economico regionale a valere sui finanziamenti del F.N.A. 2016 di cui al D.P. n. 545 del 10 Maggio 2017.

Allega alla presente istanza:

- 1) fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) Certificato attestante la disabilità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;

Dichiara di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale, è autorizzata ad effettuare idonei controlli, attraverso gli organi competenti, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dal sottoscritto. Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs 30 giugno 2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA