

**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 *PLANO ESECUTIVO* del "Progetto per l'assistenza alle persone affette da SLA" della Regione Abruzzo.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_