

**DOMANDA DI ACCESSO AI PROGETTI ASSISTENZIALI PER PERSONE IN
CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA
ai sensi del D.A. 3779 del 29/12/2015**

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D16

Uff. di Servizio Sociale.....

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a prov..... il.....
residente aprov. Vian.....
tel..... C.F.

- Disabile direttamente interessato
- Tutore e/o Genitore

di.....
nato/a prov..... il.....
residente aprov. Vian.....
tel..... C.F.
affetto da.....
in possesso della Legge n. 104/92 a norma dell'art. 3 comma 3

CHIEDE

l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato rispondente alle esigenze di vita e di salute, nonché le esigenze di cura e di riabilitazione.

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

- di non fruire di alcuna forma di assistenza domiciliare.**
-
- che il proprio nucleo familiare è composto :**

N.	COGNOME E NOME	RAPPORTO FAMILIARE	LUOGO E DATA DI NASCITA

Si allega la seguente documentazione:

- 1) certificazione dello stato di disabilità Legge 104/92 art. 3 comma 3;
- 2) certificazione medica, rilasciata dai presidi sanitari, attestante la patologia e lo stato di gravità.

Si autorizza l'Ufficio al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni, ai fini istituzionali dell'Ente e per l'avvio del procedimento in oggetto .

...../...../2016

FIRMA

.....

CATANIA

FIRMA

.....

(Allegare copia fotostatica di un documento d'identità del firmatario)