

**DOMANDA DI ACCESSO AI PROGETTI ASSISTENZIALI PER PERSONE IN  
CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA  
ai sensi del D.A. 92 del 23/01/2015**

**AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D16**  
Uff. di Servizio Sociale.....

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a ..... prov..... il.....  
residente a ..... prov. .... Via ..... n.....  
tel..... C.F. ....

- Disabile direttamente interessato
- Tutore e/o Genitore

di.....  
nato/a ..... prov..... il.....  
residente a ..... prov. .... Via ..... n.....  
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, ai sensi del D.A. 92 del 23/01/2015.**

**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 .

...../...../2015

FIRMA

.....

CATANIA .....

FIRMA

.....

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