

ISTITUZIONE PER I SERVIZI SOCIALI "VESTINA"

Tel. 800.18.58.55 e 085.82.11.208 Fax 085.8212100

C.f. 91072120685

Prot. *MBS*del. **31 OTT. 2014**

COMUNE DI BUSSI SUL TIRINO
 Prot.n. 7190 del 31-10-2014
 Sezione: ARRIVO
 SINDACO

**Segretariato e Servizio Sociale professionale
 Comuni dell'Ambito n. 34 "Vestina"**



**E, p.c. Signori Sindaci
 Comuni dell'Ambito n. 34 "Vestina"
 Loro Sedi**

Oggetto: Piano Locale per la Non Autosufficienza annualità 2014 – invio documentazione.

Facendo seguito alla decisione assunta in sede di Conferenza dei Sindaci del 30.10.2014, in allegato alla presente si invia, con la preghiera di voler metterlo a disposizione degli utenti e darne massima diffusione presso i Medici di Medicina di Base, lo schema di domanda per l'erogazione degli assegni persone in condizioni di disabilità gravissima, di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore.

Si precisa che le domande dovranno pervenire, al fine di garantire parità di accesso, al Protocollo di questa Istituzione, a mezzo raccomandata avviso di ricevimento, entro il giorno **15.11.2014** e che sarà cura dell'ufficio scrivente provvedere all'inoltro delle stesse alle UVM territorialmente competenti entro il 20 novembre p.v.. Si precisa che non farà fede il timbro postale d'invio e l'Istituzione non si assume nessuna responsabilità per la mancata o ritardo ricezione di plichi che resterà a carico dell'inviante. Per le domande pervenute oltre tale termine saranno respinte d'ufficio senza ulteriore comunicazione ai richiedenti.

Restando a disposizione per eventuali chiarimenti in merito, si porgono distinti saluti.

ISTITUZIONE
 Ufficio di Piano
 Dr. Giovanni Della Valle

Istituzione per i servizi sociali "Vestina"

Contrada San Bartolomeo, 9 65010 Carpineto della Nora

Tel. 085.8211208 e 800185855 Fax 085.8212100

@mail: servizisocialivestina@pec.it

Istituzione per i servizi sociali "Vestina"

Contrada San Bartolomeo, 9

65010 Carpineto della Nora

Oggetto: richiesta assegno disabilità gravissime a favore di persone in condizione di dipendenza vitale.

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 disabilità gravissime a favore di persone in condizione di dipendenza vitale nell'ambito
 del Piano Locale per la Non Autosufficienza anno 2014

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 disabilità gravissime a favore di persone in condizione di dipendenza vitale nell'ambito
 del Piano Locale per la Non Autosufficienza anno 2014
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.

Allega alla presente domanda certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale e inoltre:

- certificato di invalidità in corso di validità
- certificato legge 104/92 in corso di validità
- altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione

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 al Piano Locale per la Non Autosufficienza anno 2014.

Firma _____

Data ___ / ___ / _____

Firma _____