



## CHIEDE

di poter accedere alla valutazione sociale o multidimensionale integrata per la definizione di un Progetto Individuale di Assistenza (PIA) comprensivo degli interventi previsti ai sensi della DGR5940/16 a favore delle persone con grave disabilità o in condizione di non autosufficienza.

### A TAL FINE ALLEGA

- Copia carta d'identità del richiedente e/o del beneficiario;
- Copia della certificazione di handicap grave (art.3 comma 3 L.104/92) o del verbale d'invalidità civile con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- ISEE in corso di validità: Valore € \_\_\_\_\_;
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

### DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### DATI PER L'EVENTUALE EROGAZIONE BUONO

DATI PER BONIFICO BANCARIO	
Nome e Cognome intestatario conto	
Indirizzo intestatario conto	
Codice IBAN (27 cifre)	IT

DATI PER BONIFICO POSTALE	
Nome e Cognome intestatario conto	
Indirizzo intestatario conto	
Codice IBAN (27 cifre)	IT

DATI PER PAGAMENTO CON ASSEGNO CIRCOLARE	
Nome e Cognome	
Indirizzo intestatario AC	

*In caso di pagamento con Assegno Circolare i dati anagrafici devono essere identici a quelli del documento d'identità che deve essere allegata alla presente documentazione.*

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*

**presta**

**il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Considerato che il **signor/ra** \_\_\_\_\_

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di

FAMILIARE    TUTORE    CURATORE    AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

**acconsente**

**al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 5940/16, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_