

OGGETTO: F.N.A. 2013. Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima.

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

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____
CAP _____ Prov. _____ telefono _____

In qualità di:

| richiedente

| genitore

| altro familiare (specificare _____)

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome _____

nato a _____ il _____ e residente nel Comune di _____

via/piazza _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____

telefono _____

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

CHIEDE

Per sé stesso o del familiare che si trova in condizione di disabilità gravissima, interventi di carattere sociale le cui prestazioni e attività saranno riportate nel progetto assistenziale personalizzato redatto dall'ASP territorialmente competente di concerto con l'Assistente Sociale referente del Comune di residenza.

A tale scopo

DICHIARA

- che si trova in condizione di disabilità gravissima
- che non usufruisce di altra assistenza domiciliare.

Allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto esprime il suo consenso al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli sensibili ai sensi del D.Lgs.196/2003.

Luogo e data _____

Firma
