

**OGGETTO: F.N.A. 2015. Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima.
Anno 2016.**

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:

familiare (specificare _____)

altro (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 il sig./la sig.ra _____ si trova in condizione di dipendenza vitale che necessita a domicilio di un'assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore.

Allega:

- Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell' art. 3, comma 3, della legge n. 104/92;
- Verbale della Commissione Invalidi attestante il riconoscimento dell' invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento.
- 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
