

**Modello Istanza per “Progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima”**

**Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio Servizi Sociali**

I sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ nella qualità di \_\_\_\_\_ del/lla

(specificare rapporto di parentela rispetto al disabile)

Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per il/la proprio/a familiare, affetto/a da grave patologia cronico degenerativa non reversibile, l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio.

Allega alla presente istanza:

- **certificazione del medico di base dalla quale si evince la necessità di un'assistenza h/24 a seguito di una delle patologie riportate nel presente avviso**
- **copia di un documento di identità del richiedente e dell'assistito**
- **autocertificazione sullo stato di famiglia.**

I sottoscritto/a dichiara, altresì, che all'atto dell'eventuale accoglimento di questa istanza rinuncerà ad ogni altra forma di assistenza domiciliare.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N° 196 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"**

AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N° 196, ED IN RELAZIONE AI DATI PERSONALI CHE LA RIGUARDANO E CHE FORMERANNO OGGETTO DI TRATTAMENTO, LA INFORMIAMO DI QUANTO SEGUE:

- IL TRATTAMENTO È INDISPENSABILE AI FINI DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO;

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N°196, IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CHE LO/LA RIGUARDANO, FUNZIONALE AGLI SCOPI PER I QUALI È POSTO IN ESSERE.

*DATA* \_\_\_\_\_

*FIRMA* \_\_\_\_\_