

RICHIESTA DI ACCESSO AI BENEFICI PER I DISABILI GRAVISSIMI

L.R. n.4/2017 (G.U.R.S. n.9 del 03/03/2017)

D.P. 532/2017 MODIFICATO DAL D.P.545 DEL 10/05/2017

ALL' ASP _____

AL COMUNE _____

Il Sottoscritto _____ nato il _____ a _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Tel _____ e-mail _____

C.F. _____

nella qualità di:

beneficiario diretto

ovvero

FAMILIARE (indicare grado di parentela) _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

ALTRO (specificare) _____

CHIEDE

- L'erogazione del beneficio previsto per i disabili gravissimi di cui alla L.R. 4 del 01/03/2017 al D.P. 532/2017 modificato dal D.P. 545 del 10/05/2017 a favore del/la Sig.ra _____ nato il _____ a _____ Residente a _____ in Via _____ n. _____ Tel _____ e-mail _____

ALLEGA

1. Copia del documento d'identità del beneficiario
2. Copia del document d'identità del richiedente

3. Data ____/____/____

Firma _____

Informativa di cui all'art. 13 del d.Lgs n. 196/2003

Titolare del trattamento è il Comune di _____. I dati forniti sono utilizzabili per le finalità strettamente connesse all'attività dell'Ente Locale, ed in particolare per lo svolgimento del presente procedimento. Per poter partecipare allo stesso il conferimento dei dati è obbligatorio; il mancato conferimento dei dati richiesti comporta l'esclusione dalla partecipazione al programma in argomento. La conservazione dei dati avviene tramite archivi cartacei e/o informatici: I dati possono essere comunicati esclusivamente agli altri uffici comunali e non vengono in alcun modo diffuse. Resta salva la normative del diritto di accesso agli atti amministrativi di cui alla legge 241 del 7 agosto 1990 e successive modifiche ed integrazioni.

FIRMA DEL RICHIEDENTE
