



CITTA' DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Provincia di Mantova

Ente Capofila del

PIANO SOCIALE DI ZONA

AMBITO TERRITORIALE DI GUIDIZZOLO (MN)

Composto dai Comuni di

Castiglione d/Stiv, Cavriana, Medole, Monzambano, Goito, Guidizzolo, Ponti s/Mincio, Solferino, Volta Mant.

ALLEGATO 1

DOMANDA DI VALUTAZIONE INTEGRATA
Misura a favore delle persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti
Misura B2 – DGR 2883/2014

Il sottoscritto _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Residente nel comune di _____

In via _____ n. _____

Telefono _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____

in qualità di

diretto interessato

familiare grado di parentela _____

tutore nominato con decreto n. _____ del _____

amministratore di sostegno nominato con decreto n. _____ del _____

Del sig. Nome e Cognome _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente nel comune di _____

in via _____ N. _____

telefono _____

e-mail _____ codice fiscale _____

CHIEDE

Di poter accedere alla valutazione socio-sanitaria integrata per la definizione di un Progetto Individuale di assistenza – in collaborazione con il CEAD dell'Asl – comprensivo delle misure previste ai sensi della DGR N. 740/2013 e DGR 2883/2014 Misura B2 a favore delle persone con gravi disabilità o anziani non autosufficienti

A TAL FINE SI ALLEGA ALLA PRESENTE:

- 1- CERTIFICAZIONE ISEE in corso di validità
- 2- COPIA VERBALE DI RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE



CITTA' DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Provincia di Mantova

Ente Capofila del

PIANO SOCIALE DI ZONA

AMBITO TERRITORIALE DI GUIDIZZOLO (MN)

Composto dai Comuni di

Castiglione d/Stiv, Cavriana, Medole, Monzambano, Goito, Guidizzolo, Ponti s/Mincio, Solferino, Volta Mant.

- 3- COPIA DELLA CERTIFICAZIONE DI HANDICAP GRAVE L. 104/92
- 4- COPIA DEL CONTRATTO DI LAVORO DI ASSUNZIONE DI ASSISTENTE PERSONALE O DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE (stato di famiglia, stato occupazionale o contratto di lavoro part-time) LA PRESENZA DEL CARE-GIVER FACENTE FUNZIONI DI ASSISTENTE PERSONALE E CHE TALE ATTIVITÀ SIA INCOMPATIBILE CON UN RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO/DIPENDENTE FULL-TIME
- 5- ISEE IN CORSO DI VALIDITÀ

DICHIARA:

- di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 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 sopracitato D.P.R. N. 445/2000;

IL RICHIEDENTE

DATA _____

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 rilevare 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 le 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 _____



CITTA' DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Provincia di Mantova

Ente Capofila del

PIANO SOCIALE DI ZONA

AMBITO TERRITORIALE DI GUIDIZZOLO (MN)

Composto dai Comuni di

Castiglione d/Stiv, Cavriana, Medole, Monzambano, Goito, Guidizzolo, Ponti s/Mincio, Solferino, Volta Mant.

Considerato che il signor/ra _____ non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica di agire o per incapacità di intendere o di volere,

il sottoscritto _____ in qualità di

- familiare
- tutore
- 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 n. 2883/14, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____