



All'Ufficio di Servizio Sociale
Comune di _____

ALL' AZIENDA SANITARIA N 2
DISTRETTO SANITARIO
DI MUSSOMELI

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ e residente in via _____ n. _____ Comune
di _____ c.a.p. _____ prov. _____ tel. _____
nella qualità di familiare entro il II grado di parentela in favore del Sig./ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____

CHIEDE

di poter usufruire delle prestazioni socio sanitarie per i disabili gravissimi di cui al decreto n.532 del31/03/2017 modificato con D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017:

DICHIARA CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE è COSÌ COMPOSTO

Nome e Cognome	Età	Professione	Residenza	Telefono

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente al Comune ed all'ASP l'eventuale decesso del disabile

Allega la seguente documentazione:

1. Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni di disabilità di cui all'art 3 del D.M. 26/09/2016.
2. Attestazione ISEE
3. Copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Data _____

FIRMA

Trattamento dati personali Informativa art. 13 del D.Lgs. n. 196/03:

I dati personali forniti saranno raccolti presso le strutture organizzative del Comune per le finalità di gestione della pratica. Il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato, nei modi leciti e secondo correttezza per un tempo non superiore a quello necessario per l'espletamento di funzioni istituzionali e di compiti attribuitigli dalla legge e dai regolamenti.

Al trattamento potranno attendere anche soggetti esterni pubblici o privati con i quali il Comune abbiano un rapporto di concessione e/o convenzione finalizzato all'espletamento della procedura o di parte di essa.

L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione Comunale i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D. Lgs. N. 196/03.

La comunicazione e/o diffusione dei dati è regolata dall'art. 19.

Titolare del trattamento è il Comune

FIRMA
