Al Comune di Iglesias

SERVIZI SOCIALI

**Oggetto: Richiesta di intervento ai sensi dell’art.10 della L.R. 30 maggio 1997, n. 20, come modificata dall’art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2.**

La/Il sottoscritt\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ C.F: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in questo Comune nella via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L’attuazione dell’intervento ai sensi dell’art.10 della L.R. 30 Maggio 1997 n. 20, come modificata dall’art.33 della L.R. 29 Maggio 2007, n. 2.

□ per sé medesimo

*oppure*

□ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Genitore/Amministratore di sostegno/Tutore) di:

Nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in questo Comune in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_

(Allegare alla domanda il “Modello Dichiarazione Sostitutiva” – “Cumulativa” resa dal genitore o tutore o amministratore di sostegno) (art.46,47,48 del D.P.R. 28/12/2000 n.445).

***DICHIARA***

* *relativamente alla patologia succitata, che la persona interessata non beneficia di altre forme di assistenza economica erogata dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici o privati;*
* *di aver preso visione dell’informativa al trattamento dei dati: vedi allegato integrativo* ***“Informativa sul Trattamento dei dati personali (CD.Informativa Privacy) ai sensi degli articoli 13-14 del Regolamento (UE) 2016/679 GDPR.***

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

Allega i seguenti documenti:

□ Certificato sanitario rilasciato dal Centro Salute Mentale (C.S.M.);

□ Copia documento di identità del dichiarante e del beneficiario dell’intervento (se persona diversa dal dichiarante);

□ Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000);

□ Copia codice IBAN

FIRMA

*Iglesias, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Parte riservata alla ASL.  ASL \_\_\_\_\_\_\_\_  Unità Operativa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si attesta che il/la Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è in carico a questa Unità Operativa dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per infermità compresa nell’allegato A della L.R. 15/92, come integrato dall’art.16 della L.R. 20/97, in grado di costituire  motivo di perdita delle capacità occupazionali e/o dell’autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana.  Unità Operativa (timbro e firma)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |