



Al Comune di Frosinone

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

MODELLO 2 – Dichiarazione

**“Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer e loro familiari”
Misura 3/Sottomisura 3.3 Piano Sociale di Zona
DICHIARAZIONE per l’accesso all’assegno di cura**

Il sottoscritto (*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:
 beneficiario interventi Avviso Pubblico 03.08.2018;

oppure:
 familiare
 tutore (*Decreto Tribunale di _____ n. _____*)
 amministratore di sostegno (*Decreto Tribunale di _____ n. _____*)
 altro (*specificare: _____*))
di beneficiario interventi Avviso Pubblico 03.08.2018:
(*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Per il rinnovo dell’istanza di accesso agli interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer, di cui all’Avviso Pubblico 02/11/2020:

ALLEGA

1. Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;
2. Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo;
3. Copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario del contributo;
4. _____
5. _____
6. _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che ad altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare, RUP del presente procedimento, Avv. Antonio Loreto.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *"Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer"* Misura 3 / Sottomisura 3.3 del Piano Sociale di Zona.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
