



Al Comune di Frosinone

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

MODELLO 1 - Istanza

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

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____ residente nel Comune di _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ tel. _____ e-mail _____ domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ tel. _____ Codice fiscale [grid] in qualità di: [radio] beneficiario dell'istanza oppure: [radio] familiare [radio] tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____) [radio] amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____) [radio] altro (specificare: _____) in favore di: (cognome) _____ (nome) _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____ residente nel Comune di _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ tel. _____ e-mail _____ domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ tel. _____ Codice fiscale [grid]

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel.* _____ E-mail* _____

***campi obbligatori**

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

**Allegato n. 1 al Modello di istanza per l'accesso all'assegno di cura
"Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer e loro familiari"
Distretto Sociale B di Frosinone**

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

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

in qualità di:

beneficiario dell'istanza

richiedente per conto di:

(cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

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

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 75 del suddetto DPR,

DICHIARA

che lo **stato di famiglia** del sig. / della sig.ra _____

residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data _____

Firma
