



Struttura: Servizio Socio Assistenziale
Distretto di Casale Monferrato
Direttore: dott.ssa Anna Maria Avonto

Modello di domanda Allegato A

socioassistenziale@pec.aslal.it

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ___/___/___
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____ Email _____
Documento d'Identità _____

MANIFESTA

interesse ad accedere agli incentivi previsti per la realizzazione del progetto di vita indipendente e inclusione nella società di persone adulte con disabilità- annualità 2024

(barrare la/e casella/e d'interesse)

- per sé stesso

- in qualità di legale rappresentante (specificare: tutore; curatore; amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ___/___/___
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
Documento d'Identità _____

- in luogo (specificare: coniuge; figlio/a; altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ___/___/___
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
Documento d'Identità _____

A tal fine;

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 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 D.Lgs.;
consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa;

DICHIARA

- di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente

- di essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3;
- che per il progetto di vita indipendente che si intende realizzare richiede l'accesso a una delle seguenti azioni:

Erogazione di incentivi economici per _____

Si allega:

copia documento di riconoscimento della persona adulta con disabilità interessata e richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

(solo ed esclusivamente se del caso) copia documento del richiedente (se differente dalla persona adulta con disabilità), in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3;

ISEE Ordinario valido

(facoltativa) ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione sanitaria e/o sociale (specificare: _____)

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ___/___/___
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
(barrare la/e casella/e d'interesse)

- per se stesso

- in qualità di legale rappresentante (specificare: tutore; curatore; amministratore di sostegno) della
persona adulta con disabilità (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ___/___/___
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____

- in qualità di dichiarante (specificare: coniuge; figlio/a; altro parente in linea retta o collaterale fino
al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo
stato di salute (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ___/___/___
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e che il titolare del trattamento dei dati è il Servizio Socio Assistenziale dell'ASL AL ;

ESPRIME

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:
_____, ___/___/___

Firma del richiedente
