



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



Sede legale: Via Venezia 6
15100 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

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
