



CITTA' DI VILLA SAN GIOVANNI

(Prov. di Reggio Calabria)

ENTE CAPOFILA AMBITO 14

Comuni di Bagnara Calabria, Calanna, Campo Calabro, Fiumara, Laganadi, Reggio Calabria (VIII°- IX° Circ), San Procopio, San Roberto, Sant'Alessio, Sant'Eufemia, Santo Stefano, Scilla, Sinopoli.

Via Nazionale 541 - Tel. 0965/795195 Fax 0965/795347

*ambitoterritoriale14@asmepec.it*

AL COMUNE DI VILLA SAN GIOVANNI

COMUNE CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO ASSISTENZIALE N. 1 di VILLA

SAN GIOVANNI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in qualità di diretto interessato

chiede

l'erogazione di un "assegno di cura" in quanto in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale che necessita di assistenza continua nelle 24 ore ai sensi della D.G.R. 311/2013 e 506/2013.

**SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

IL SIG./ LA SIG.RA \_\_\_\_\_

in qualità di:

prossimo congiunto (specificare grado di parentela)

.....

convivente (specificare)

.....

.....

amministratore di sostegno (specificare gli estremi del provvedimento)

.....

chiede

l'erogazione di un "assegno di cura" in quanto in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale che necessita di assistenza continua nelle 24 ore ai sensi delle D.G.R. 311/2013 e 506/2013 a favore del/della



CITTA' DI VILLA SAN GIOVANNI

(Prov. di Reggio Calabria)

ENTE CAPOFILIA AMBITO 14

Comuni di Bagnara Calabra, Calanna, Campo Calabro, Fiumara, Laganadi, Reggio Calabria (VIII°- IX° Circ),  
San Procopio, San Roberto, Sant'Alessio, Sant'Eufemia, Santo Stefano, Scilla, Sinopoli.

Via Nazionale 541 - Tel. 0965/795195 Fax 0965/795347

*ambitoterritoriale14@asmepec.it*

Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE IN OGNI CASO**

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 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 D. Lgs.;

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; che i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, 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 i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali, oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi al Comune di Villa San Giovanni Ente Capofila dell'Ambito Territoriale 14.

**CHIEDE CHE**

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via / piazza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_



CITTA' DI VILLA SAN GIOVANNI

(Prov. di Reggio Calabria)

ENTE CAPOFILA AMBITO 14

Comuni di Bagnara Calabria, Calanna, Campo Calabro, Fiumara, Laganadi, Reggio Calabria (VIII°- IX° Circ), San Procopio, San Roberto, Sant'Alessio, Sant'Eufemia, Santo Stefano, Scilla, Sinopoli.

Via Nazionale 541 - Tel. 0965/795195 Fax 0965/795347

*ambitoterritoriale14@asmepec.it*

### CONSENSO

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy 2003, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto chiede che il contributo venga erogato con le seguenti modalità

(barrare con una x la scelta):

Bonifico bancario  Assegno circolare

Dati per l'erogazione del contributo:

Istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ credito \_\_\_\_\_ :

Codice Iban:

Intestato a \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ nella qualità di \_\_\_\_\_

altre modalità: \_\_\_\_\_

N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione al Comune di Villa San Giovanni Ente Capofila dell'Ambito Territoriale 14.

Note:

.....  
.....

Si allegano i seguenti documenti:

certificazione in originale del deficit clinico funzionale rilasciata dal Medico curante (Medico di Medicina Generale/ Pediatra di Famiglia o Medico specialista di struttura



CITTA' DI VILLA SAN GIOVANNI

(Prov. di Reggio Calabria)

ENTE CAPOFILA AMBITO 14

Comuni di Bagnara Calabria, Calanna, Campo Calabro, Fiumara, Laganadi, Reggio Calabria (VIII°- IX° Circ),  
San Procopio, San Roberto, Sant'Alessio, Sant'Eufemia, Santo Stefano, Scilla, Sinopoli.

Via Nazionale 541 - Tel. 0965/795195 Fax 0965/795347

*ambitoterritoriale14@asmepec.it*

accreditata, pubblica o privata) attestante una delle patologie indicate dal D.M. 26 settembre 2016, art. 3, comma 2 lettere da a) ad i);

copia del documento d'identità e del codice fiscale della persona affetta da disabilità gravissima;

copia del documento di identità del dichiarante (se diverso dalla persona affetta da disabilità gravissima): in caso di potestà genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori;

in caso di cittadino non comunitario copia permesso di soggiorno in corso di validità;

nel caso in cui la persona affetta da disabilità gravissima in dipendenza vitale sia temporaneamente impedita a presentare la domanda e dunque la domanda viene presentata dal coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado: dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, compilato di fronte a Pubblico Ufficiale;

nel caso in cui il conto corrente che verrà utilizzato per riscuotere il contributo non sia né intestato né cointestato alla persona affetta da disabilità gravissima in dipendenza vitale: delega ai sensi dell'art. 21 c. 2 e art 47 D.P.R. 445/2000, compilato di fronte a Pubblico Ufficiale;

eventuale atto di procura generale notarile, qualora necessario;

certificato di disabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/92; nel caso in cui non sia stata ancora rilasciata la suddetta certificazione, dovrà essere allegata la ricevuta di presentazione dell'istanza, inoltrata all'INPS antecedentemente alla data di scadenza del presente avviso, per il riconoscimento dell'invalidità ai sensi della Legge 104/92;

verbale dal quale risulti la situazione di disabilità con grado di invalidità al 100% riconosciuta ai sensi della Legge 118/71;

certificazione attestante la patologia rilasciato da un Centro Pubblico Specialistico;

attestato ISEE in corso di validità;

Dichiarazione relativa al consenso al trattamento dei dati personali (D.lgvo 196/2003).

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_