

Oggetto: Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima. D. A. n. 92 del 23.01.2015.

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ e residente in via/piazza _____ n. _____

comune di _____ c.a.p. _____ prov. _____

telefono _____ in qualità di richiedente/familiare _____

del/la Sig./ra _____, nato/a a _____

il _____ e residente nel Comune di _____

Via/piazza _____ n. _____ CAP _____ prov. _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/00, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci:

- Che il proprio nucleo familiare nel quale è presente e convivente per vincolo di parentela il/la Sig./ra _____, disabile gravissimo, è costituito dalle seguenti persone:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

CHIEDE

l'attuazione del Progetto assistenziale personalizzato per la durata di mesi 12.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria sulla condizione del soggetto disabile;
- Documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma _____

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra riportate, ai sensi del Dlg.s 196/2003.

(Firma per esteso)