

Al Comune di S.Stefano Quisquina

All'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Oggetto: ISTANZA PER L'ACCESSO AI BENEFICI PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017

Il/La sottoscritt _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n°445, dichiara di essere
nat ___ a _____ il _____
di essere residente a S.Stefano Quisquina in _____
codice fiscale _____
tel.: _____ cell. _____
e-mail _____

In qualità di Legale Rappresentante (Specificare) _____
del/la Sig./ra _____ (allegare eventuale nomina)
nat ___ a _____ il _____
residente a S.Stefano Quisquina in via _____ n. _____

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO MONETARIO PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017

A TAL FINE DICHIARA

- DI ESSERE IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI RICONOSCIMENTO DI PORTATORE DI HANDICAP AI SENSI DELL'ART. 3 L. 5 FEBBRAIO 1992 N°104, CON REVISIONE.....
- DI ESSERE IN POSSESSO DEL VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE, CON REVISIONE
- LA SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI DI DISABILITA' DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016;
- DI AVER PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO PER ACCEDERE AI BENEFICI PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017.

Allega alla presente:

- fotocopia dell'eventuale nomina di legale rappresentante;
- fotocopia documento di identità del richiedente e/o del legale rappresentante;
- la certificazione sanitaria in possesso.

Si autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell' art.13 D.Lgs.n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art. 19. Il responsabile è il Dirigente coordinatore del Settore. L'interessato può far valere nei confronti dell' A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli art. 8,9 e 10 del D.Lgs 196/06.

IL RICHIEDENTE

La Sig.ra/il Sig. _____ attesta che le copie dei documenti allegati all'istanza sono conformi all'originale.

S Stefano Quisquina, _____

IL RICHIEDENTE
