



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA

095/7447121 - distrettosociosanitario19@gmail.com- PEC:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it

OGGETTO: FONDO DOPO DI NOI - Richiesta per la predisposizione di un progetto personalizzato per gli interventi e i servizi in favore dei soggetti disabili gravi privi di sostegno familiare o con genitori anziani.

AI DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19

di GRAVINA DI CT

Viale Marconi n. 6

GRAVINA DI CT

PEC:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it

Il sottoscritto/la sottoscritta _____

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 _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

In qualità di beneficiario /persona autorizzata alla rappresentanza del disabile a norma di legge
(specificare il titolo) _____

CHIEDE PER IL

(da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore/ amministratore)

Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

cod.fiscale _____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____

la predisposizione un progetto personalizzato per gli interventi e i servizi in favore dei soggetti disabili gravi privi di sostegno familiare o con genitori anziani.

A TAL FINE DICHIARA

- Che il beneficiario è disabile grave, ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104, (da allegare all'istanza in busta chiusa);

di essere (da sbarrare):

persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario;

persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'articolo 3, comma 4 DM 23/11/2016.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

IL RICHIEDENTE
