DOMANDA DI ACCESSO AGLI INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONETI FRAGILI (MISURA RESIDENZIALITA' ASSISTITA)

ai sensi della DGR 7769/18

Spett. ASST Valtellina e Alto Lario

PreSST di _____

Il /la sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il _____/_____/_____

residente a _____ prov. (_____) cap. _____

in via/p.za _____ n° _____ tel. _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDE

☐ di accedere ai benefici della misura RESIDENZIALITA' ASSISTITA

e, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000:

- consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

1. di essere informato e di accettare che l'equipe ASST Valtellina e Alto Lario effettui una valutazione multidimensionale della situazione clinica e sociale
2. di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

ALLEGA

☐ copia del verbale di invalidità civile

☐ documentazione sanitaria in possesso

☐ copia del documento d'identità e del codice fiscale

Luogo e data

_____

Firma

_____

AGGIUNGERE INFORMATIVA IN USO X TRATTAMENTO DATI PERSONALI