

MODULO A

Spett.le COMUNE DI PUTIFIGARI
 Al Sig. Sindaco
 Al Responsabile dei Servizi
 Sociali
 P.zza Boyl n°6/8
 07040 Putifigari

Oggetto: Domanda per richiesta provvidenze ai sensi dell'art.10 della L.R. 30 maggio 1997, n. 20, come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2. ANNUALITÀ 2024.

Il/la sottoscritt _____ nat_ a _____
 il _____ e residente in questo Comune nella via _____,
 telefono n. _____ Cell. _____ C.F. _____

CHIEDE

per se medesimo

oppure, in qualità di:

in qualità di Amministratore di Sostegno, nominato/a con decreto
 n° _____ del _____

giuramento del _____ a tempo indeterminato in favore
 della Sig.ra: _____

nato/a a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____

residente a _____ in via _____

l'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della L.R. 30 maggio 1997 n. 20 come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2.

A tale scopo allega i seguenti documenti :

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del reddito netto annuo e mensile (comprensivo della 13° mensilità), con l'autenticazione della sottoscrizione, ai sensi dell'artt. 21 e 47 d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, trattandosi di domanda per la riscossione di benefici economici, da parte di altra persona.
- Dichiarazione sostitutiva resa in forma di legge attestante che il soggetto non beneficia a causa della propria infermità mentale di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti pubblici o privati.
- Certificato del medico specialistico, rilasciato dal competente servizio.
- Fotocopia del documento d'identità.
- Copia conforme all'originale della sentenza di nomina a tutore o curatore (nei casi di persona interdetta o inabilitata).
- Dichiarazione per accredito somme relative alle provvidenze ai sensi dell'art.10 della L.R.n°20/97
- ISEE 2024

Putifigari _____/_____/2024

Firma

Parte riservata alla ASL.*

ASL n. _____

Unità Operativa _____

Si attesta che il/la _____ è in carico a questa Unità Operativa dal _____ per infermità compresa nell'allegato A della L.R. 15/92, come integrato dall'art. 16 della L.R. 20/97, in grado di costituire motivo di perdita delle capacità occupazionali e/o dell'autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana.

Unità Operativa (timbro e firma)

Luogo e data

_____/_____/_____/2024

- O copia Certificato del medico specialistico, rilasciato dal competente servizio.

Il/la sottoscritt__ dichiara di essere informat__, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n° 196 del 30/06/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento finalizzato all'intervento richiesto, per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Firma

Putifigari_____/_____/2024