

- di usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

che permangono i requisiti accertati dalla competente commissione Socio Sanitaria:

- lo stato di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
 la disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
 invalidità di minore con indennità di accompagnamento;
 essere beneficiario nell'annualità 2021 del buono ASSISTENTE FAMILIARE;
 frequentare un centro diurno per part-time (fino a 25 ore/settimana);
 frequentare oltre le 25 ore settimanali.

In caso di beneficiario di Buono sociale per Assistenza continuativa alla persona in condizione di grave disabilità o di Non Autosufficienza al domicilio da parte di **personale di assistenza regolarmente assunto**

DICHIARA

- che il contratto presentato in fase di presentazione dell'istanza non ha subito modifiche
 che il contratto ha subito modifiche (allegare il nuovo contratto in essere)

DICHIARA

Inoltre, di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "*i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*"

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che **il Signor/ra** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 2883/14, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____