

AL COMUNE DI CASTELLANA SICULA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
PIAZZA MISERENDINO
90020 CASTELLANA SICULA

Oggetto: Istanza per il sostegno economico al familiare di persona affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) - Scadenza ore 12 del 18 giugno 2012.

__l__ sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ residente in Castellana Sicula Via _____
n.____, C.F. _____, telefono _____,
cellulare _____ eventuale indirizzo e-mail _____
nella qualità di _____ (specificare rapporto di parentela rispetto al disabile),
familiare - caregiver della persona affetta da SLA Sig. _____;

- Visto l'avviso pubblico del 28/05/2012;

CHIEDE

Di essere ammesso/a all'erogazione del sostegno economico mensile previsto dal D.A. Regione Sicilia n. 899/S5 dell'11.5.2012 pubblicato per estratto nella GURS n.20 del 18/05/2012.

A tale fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di avere preso visione dell'avviso pubblico, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di avere tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;
- di essere residente nel Comune di Castellana Sicula, in Via _____
- che nel proprio nucleo familiare, come appreso riportato, convive legato da vincolo familiare il disabile grave, affetto da SLA, il/la Sig/Sig.ra _____
nato/a a _____ il ___/___/_____, e residente a
Castellana Sicula in Via _____ n. _____
- che il proprio nucleo familiare, ivi compreso il familiare da assistere, risulta così composto:

Cognome e Nome	Grado Parentela	Luogo di nascita	Data di nascita

nel caso di accoglimento della domanda il/la sottoscritto/a sceglie la seguente modalità di erogazione del beneficio economico:

accredito in c/c bancario o postale _____

(indicare l'Istituto Bancario o l'ufficio postale)

Agenzia: _____

intestato a: _____

ABI _____ CAB _____ IBAN _____

Allega alla presente:

- 1) Fotocopia del documento di riconoscimento del/della sottoscritto/a, in corso di validità;
- 2) Certificazione rilasciata dal Medico curante attestante la diagnosi;
- 3) Certificazione dei Centri di riferimento regionali (Palermo, Messina, Catania e Mistretta) che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;

Castellana Sicula, lì _____

Firma del richiedente

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito all'accertamento di dichiarazioni non veritiere e di essere altresì consapevole che i fatti e gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia.

Castellana Sicula, lì _____

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto _____ dichiaro di avere ricevuto le informazioni di cui all'art.13 del D.Lgs 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.Lgs 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione della pratica in questione.

Castellana Sicula, lì _____

Firma del richiedente
