



in qualità di:

familiare

tutore (*Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_* )

amministratore di sostegno (*Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_* )

altro (*specificare: \_\_\_\_\_* )

in favore di: (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE**

- l'assegnazione del seguente contributo economico destinato ai malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA), di cui alle DGR Lazio n.233/2012 e Det. Dir. n. G19295/2014:
  - [ ] assegno di cura per assistenza domiciliare indiretta da realizzare tramite assunzione di uno o più assistenti familiari che svolgano attività di cura e aiuto personale;
  - [ ] riconoscimento economico per l'impegno assistenziale sostenuto dal familiare/caregiver.

**DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER:**

(*Cognome*) \_\_\_\_\_ (*Nome*) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grado di parentela (*rispetto al beneficiario*) \_\_\_\_\_

Convivente: [ ] sì [ ] no



## INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D. Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui al *“Programma attuativo degli interventi a favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica SLA”* della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 233/2012 e successivi provvedimenti attuativi, in particolare per il trasferimento dei dati raccolti per l'implementazione del Registro di patologia regionale (Azione 4 prevista dall'Allegato alla DGR n. 233/2012) .

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Allegato n. \_\_\_ al *Modello di istanza per contributi economici SLA*  
Distretto Sociale B di Frosinone

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

- beneficiario dell'istanza per contributi economici SLA  
 richiedente per conto di:

(*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. P. R. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.P.R.

**DICHIARA**

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra \_\_\_\_\_  
residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_