

controllare presso gli uffici preposti la veridicità delle dichiarazioni e/o di contattare le famiglie per acquisire informazioni sulla domanda e sul progetto in atto;
- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

DICHIARA
sotto la propria responsabilità

- che i documenti allegati in fotocopia non sono stati revocati, sospesi o modificati;
- di essere a conoscenza e di accettare che l'indirizzo di posta elettronica indicato nella domanda sarà utilizzato per le comunicazioni da parte dei diversi enti che partecipano all'erogazione dei servizi;

- che la persona per cui viene richiesta la misura:

ha ottenuto la certificazione di handicap grave ex art. 3 comma 3 della legge 104/92 nella seduta del _____ rilasciata da _____
che si allega;

Presenta ISEE in corso di validità pari a _____ **che si allega;**
N.B. Ai soli fini dell'attribuzione del punteggio sulla situazione economica patrimoniale deve essere allegata anche la DSU familiare per ISEE ordinario del richiedente.

Presenta la seguente situazione familiare:

- entrambi i genitori e almeno un fratello/sorella;
- coniuge / convivente e figli;
- entrambi i genitori;
- coniuge / convivente;
- un solo genitore e almeno un fratello/sorella;
- un solo genitore;
- almeno un fratello;
- solo;

specificare ulteriori informazioni rilevanti sulla situazione familiare (a titolo esemplificativo: malattie invalidanti, carichi familiari, presenza di più soggetti disabili nel nucleo familiare...)

Frequenta la seguente struttura diurna _____

Sita a _____

Gestita da _____

Frequenta la seguente struttura residenziale _____



Città di
TREZZO SULL'ADDA
Città Metropolitana di Milano
Area Amministrativa
Settore Servizi alla Persona
Assistenza Sociale

Sita a _____
Gestita da _____

Si allega/allegano il/i Modello/i specifico/i relativo/i alle misure di cui si chiede l'attivazione.

Carta di Identità del richiedente, in corso di validità.

Data e luogo _____ Firma _____

N.B.

La domanda dovrà essere presentata **presso i Servizi sociali del Comune di residenza.**

Per essere valutata dovrà essere presentata tramite **il presente modulo**, integralmente compilato, e **corredato dalla documentazione prevista per le singole misure**, così come specificato nel modulo stesso.

Informativa relativa alla Privacy

I dati personali contenuti nel presente modulo verranno trattati in ottemperanza al Regolamento UE 679/16. La finalità del trattamento è la Domanda di accesso alle misure Programma operativo Regionale "Dopo di noi" - D.G.R. 6674 del 7.6.2017.

La natura del conferimento dei dati previsti non è facoltativa bensì obbligatoria. Si precisa che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità di dare seguito alla misura.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei, gestito con misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

Data e luogo _____ Firma _____