

OGGETTO: PIANO DI ZONA 2021 – AZIONE 6 - "PROGETTI INDIVIDUALI PER DISABILI"

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ consapevole della  
responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al  
vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:

nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- PER SE STESSO
- PER IL SOGGETTO BENEFICIARIO ( in caso di delegato / tutore procuratore):

Sig./Sig.ra

nat. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

l'attivazione di "PROGETTI INDIVIDUALI PER DISABILI"

**A TAL FINE DICHIARA**

- Di avere preso visione dell'avviso pubblico.
- Di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi e che gli uffici si riservano di procedere al controllo, anche a campione, circa la veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.
- che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

**Allega alla presente:**

- copia del verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92;
- relazione clinica aggiornata redatta da specialista, inerente alla patologia dalla quale si evincono i bisogni della persona con disabilità in termini clinico-riabilitativi
- certificazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità ai sensi della normativa vigente.
- copia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore e del beneficiario.

IL RICHIEDENTE

---

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Il Sig./La Sig.ra \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati inclusi nella presente istanza, anche quelli di natura sanitaria, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.**

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

---