

Spett. Comune

Oggetto: Censimento 2026 Disabili Gravi Minori e Adulti

Il/La sottoscritt_____

_____ nat__a_____

_____il_____residente a _____

In via_____n._____codice fiscale_____

tel._____Cellulare _____

e-mail_____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o noncorrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445

CHIEDE

() Per se stesso

o in qualità di:

() caregiver

() amministratore di sostegno

() tutore

della persona disabile di seguito indicata:

Nome _____ Cognome _____ nat__a_____

il _____residente a _____in via_____

n__Codice fiscale_____tel_____cell_____

_____,

riconosciuta disabile gravissima: Si () NO ()

DI ESSERE CENSITO per l'eventuale erogazione di prestazioni/servizi *a seguito di sottoscrizione del "Patto di Servizio" in* **Unità di Valutazione Multidimensionale** (socio-sanitaria)".

DICHIARA di essere consapevole che le eventuali prestazioni/servizi, individuati in riferimento ai bisogni rilevati in sede di UVM, saranno erogati ad avvenuta ricezione di finanziamenti regionali e ministeriali in favore del Distretto Socio Sanitario 37 e/o in capo ai bilanci dei Comuni

di residenza o con risorse della persona disabile sulla base della disciplina per la compartecipazione al costo per le prestazioni che la prevedono, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159 così come richiamato dal D.lgs. 62/2024 art. 28 c. 7.

A tal fine allega alla presente:

1. Fotocopia del documento di identità e del codice fiscale della persona disabile;
2. Fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del richiedente (CAREGIVER);
3. Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore;
4. Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3 o del certificato di valutazione di base con riconoscimento della condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo (art6 c.7 Dec. Lgs. 62/2024);
5. ISEE ordinario (solo per i minorenni) ed isee socio sanitario (solo per i maggiorenni) in corso di validità;
6. Copia fotostatica del codice Iban del caregiver (*per successiva eventuale erogazione del contributo*)

DICHIARA

Di avere già presentato nell'anno 2025 istanza di censimento e che non vi sono state modifiche nella documentazione sanitaria o del provvedimento di nomina di amministratore di sostegno e pertanto non allega la documentazione di cui ai punti 1, 2, 3 ,4.

DICHIARA ALTRESI'

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico approvato e di accettarne interamente i contenuti;
- di autorizzare al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.L.gs. n. 196/03, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C.

_____li _____

IL RICHIEDENTE