

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. socio sanitario in corso di validità;
- **Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma3** e/o copia dell'indennità di accompagnamento.
- fotocopia di un documento che riporta le coordinate bancarie, per il pagamento tramite bonifico bancario, intestato alla/al richiedente (codice IBAN)

Luogo e data _____,

Firma

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. socio-sanitario in corso di validità;
- **Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma3** e/o copia dell'indennità di accompagnamento;
- fotocopia di un documento che riporta le coordinate bancarie, per il pagamento tramite bonifico bancario, intestato alla/al richiedente (codice IBAN);

Luogo e data _____,

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/_____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza _____
n° _____ Codice Fiscale _____
(barrare la/e casella/e d'interesse)

- per se stesso

- in qualità di legale rappresentante (specificare: tutore; curatore; amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/____/_____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza _____ n° _____
Codice Fiscale _____

- in qualità di dichiarante (specificare: coniuge; figlio/a; altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/____/_____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza _____ n° _____
Codice Fiscale _____

DICHIARA

- di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nel rispetto del **REG. UE 679/2016** (GDPR) e ss. mm. e del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018;

- di essere informato/a dei diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del **REG. UE 679/2016** (GDPR) e che il titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Socio – Territoriale n. 7 "Bradonica Medio Basento", nella persona della dott.ssa Anna Piscinnè;

ESPRIME

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

Firma del richiedente

_____, ____/____/____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via telematica o a mezzo posta.