

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

ALLEGA

- verbale invalidità al 100% (con indennità di accompagnamento: SI' NO)
- attestazione di handicap grave (L. 104/92) per gravi/gravissime disabilità
- certificazione ISEE socio sanitaria (non appena in mio possesso).

Data _____

Firma _____

ESPRESSIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale",

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che il **signor/ra** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

- FAMILIARE
 TUTORE
 CURATORE
 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR X/4249/2015, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____



Comune di Barlassina



Comune di Ceriano Laghetto



Comune di Cogliate



Comune di Giussano



Comune di Lazzate



Comune di Lentate sul Seveso



Comune di Meda



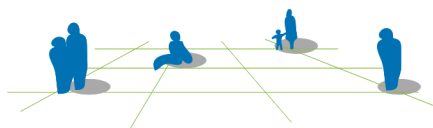
Comune di Misinto



Comune di Seregno



Comune di Seveso



piano di zona ambito di seregno

Il sottoscritto dà atto che la presente domanda potrà essere valutata ed eventualmente ammessa agli interventi di cui alla DGR X/4249/2015 solo dopo l'effettiva erogazione ai Comuni dell'Ambito di Seregno delle risorse finanziarie provenienti dal Fondo Non Autosufficienza e la adozione dei conseguenti atti amministrativi da parte del Comune capofila dell'Ambito.

Data _____

Firma _____



Comune di Barlassina



Comune di Ceriano Laghetto



Comune di Cogliate



Comune di Giussano



Comune di Lazzate



Comune di Lentate sul Seveso



Comune di Meda



Comune di Misinto



Comune di Seregno



Comune di Seveso