

**DOMANDA DI CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE
PREVISTO PER PERSONE CON HANDICAP GRAVISSIMO**

Spett.le
Ufficio di Piano
Ambito territoriale Distretto n° 6
piazza Formenti,1 MAGENTA

Il/la sottoscritto/a (cognome)_____ (nome)_____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ in via _____ N° _____

Telefono _____ mail _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

**L'assegnazione del Buono Sociale per persone con handicap gravissimo
previsto dal Piano operativo relativo alla D.G.R. 740/2013**

PER SE STESSO

oppure

IN QUALITA' DI () parente (specificare la parentela)_____ () tutore/curatore e/o amm. di sostegno

PER LA SEGUENTE PERSONA

Signor/ra _____ nato/a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ in via _____ N° _____

Telefono _____ Codice Fiscale _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità :

DICHIARA

- che il soggetto per il quale viene richiesto il buono sociale si trova in una delle seguenti condizioni:
 - € persona, di qualsiasi età, affetta da malattia del motoneurone, anche SLA, in classe II che al 27 settembre 2013 erano beneficiarie del contributo ex DGR 3376 e 4139/2012;
 - € persona, di qualsiasi età, affetta da malattie del motoneurone, anche SLA, in classe III e IV che al 27 settembre 2013 erano beneficiarie del contributo ex DGR 3376 e 4139/2012.

Dichiara inoltre:

Di essere consapevole delle responsabilità penali, ai sensi dell'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 Dicembre 2000 n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Di essere a conoscenza che sui dati richiesti potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n° 445 del 2000;

Di essere informato ai sensi del DGLS 196/2003 che i dati acquisiti:

- sono forniti necessariamente per beneficiare del Buono richiesto;
- sono raccolti dall'Ente ed utilizzati con strumenti informatici, al solo fine di erogare il buono richiesto.

Di essere informato ai sensi del DGLS 196/2003 che il dichiarante può rivolgersi in ogni momento all'Ente per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento se trattati in violazione alla legge.

(luogo)_____ (data) _____ (firma)_____

A tal fine allega:

- Progetto Assistenziale Individualizzato, elaborato in modo integrato dall'Assistente sociale comunale e dal servizio fragilità dell'ASL;
- ISEE del solo assistito;
- Dichiarazione Coordinate bancarie.