

**DOMANDA DI CONCESSIONE
DEL BUONO SOCIALE PER IL SOSTEGNO DI PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE
A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE
DI ETA' COMPRESA TRA 18 E 64 ANNI**

**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 IL SOSTEGNO DI PROGETTI DI
VITA INDIPENDENTE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE
DI ETA' COMPRESA TRA 18 E 64 ANNI**

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 nella seguente condizione:

- persona con disabilità grave di età compresa tra 18 e 64 anni, in possesso della certificazione rilasciata dall'ASL ai sensi della L. 104/92;
- che il valore ISEE del soggetto beneficiario è pari a €

Dichiara inoltre:

- Di fornire, secondo le tempistiche che saranno concordate con l'Ufficio di Piano, la documentazione utile ad attestare le spese sostenute in coerenza con le attività previste dal progetto.
- 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)_____

Si allega alla presente:

- Progetto elaborato in modo congiunto tra tutti gli attori coinvolti e il Servizio sociale del Comune di residenza.
- Certificazione di grave disabilità rilasciata dall'ASL ai sensi della L. 104/92.
- ISEE del solo assistito.
- Dichiarazione Coordinate bancarie