COMUNE DI BAGNARA CALABRA
(Citta' Metropolitana di Reggio Calabria)
SETTORE AFFARI GENERALI

AL COMUNE DI BAGNARA CALABRA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____/ ____
residente a _____ Prov _____
via/piazza _____ n° _____ tel._____
Codice fiscale _____
Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____
in qualità di diretto interessato

chiede

l'erogazione di un "voucher per spese farmaceutiche" in quanto in condizione di disabilità gravissima di cui al . D.M. 26 settembre 2016, art. 3, comma 3

SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

IL SIG./ LA SIG.RA _____
in qualità di:
prossimo congiunto (specificare grado di parentela) ……..……..…….
convivente (specificare) ……..……
…….…….
amministratore di sostegno / tutore (specificare gli estremi del provvedimento) ……

chiede

l'erogazione di un "voucher per spese farmaceutiche" in quanto in condizione di disabilità gravissima di cui al . D.M. 26 settembre 2016, art. 3, comma 3

Sig./ra _____
nato/a _____ il _____/_____/_____
residente a _____ Cap._____
Via/Piazza _____ n° _____ tel. _____
Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

DA COMPILARE IN OGNI CASO

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.;

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; che i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri Enti Pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali, oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi al Comune di Bagnara Calabra.

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune ___ _____ CAP _____

CONSENSO

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy 2003, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data __ /___ /_____ Firma _____

Si allegano i seguenti documenti (barrare quelli che vengono allegati):

 certificazione in originale del deficit clinico funzionale rilasciata dal Medico curante (Medico di Medicina Generale/ Pediatra di Famiglia o Medico specialista di struttura accreditata, pubblica o privata) attestante una delle patologie indicate dal D.M. 26 settembre 2016, art. 3, comma 2 lettere da a) ad i);

 copia del documento d'identità e del codice fiscale della persona affetta da disabilità gravissima;

 copia del documento di identità del dichiarante (se diverso dalla persona affetta da disabilità gravissima): in caso di potestà genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori;

 in caso di cittadino non comunitario copia permesso di soggiorno in corso di validità;

 nel caso in cui la persona affetta da disabilità gravissima in dipendenza vitale sia temporaneamente impedita a presentare la domanda e dunque la domanda viene presentata dal coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado: dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, compilato di fronte a Pubblico Ufficiale**;**

 nel caso in cui il conto corrente che verrà utilizzato per riscuotere il contributo non sia né intestato né cointestato alla persona affetta da disabilità gravissima in dipendenza vitale: delega ai sensi dell'art. 21 c. 2 e art 47 D.P.R. 445/2000, compilato di fronte a Pubblico Ufficiale;

 eventuale atto di procura generale notarile, qualora necessario;

 certificato di disabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/92; nel caso in cui non sia stata ancora rilasciata la suddetta certificazione, dovrà essere allegata la ricevuta di presentazione dell'istanza, inoltrata all'INPS antecedentemente alla data di scadenza del presente avviso, per il riconoscimento dell'invalidità ai sensi della Legge 104/92;

 certificazione attestante la patologia rilasciato da un Centro Pubblico Specialistico;

 attestato ISEE in corso di validità;

 Dichiarazione relativa al consenso al trattamento dei dati personali (D.lgvo 196/2003).

Data __ /___ /_____ Firma _____