





- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

**La presenza dei requisiti di seguito elencati per la persona per cui presenta la richiesta**

- Presenza di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Et  compresa fra i 18 ed i 64 anni;
- Assenza del sostegno familiare in quanto il richiedente   mancante di entrambi i genitori, o perch  gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, o ancora perch  in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno;

### Inoltre DICHIARA

- Che i documenti allegati in fotocopia non sono stati revocati, sospesi o modificati;
- Che la persona per cui si presenta domanda si trova nella seguente situazione familiare:
  - entrambi i genitori e almeno un fratello/sorella;
  - coniuge / convivente e figli;
  - entrambi i genitori;
  - coniuge / convivente;
  - un solo genitore e almeno un fratello/sorella;
  - un solo genitore;
  - almeno un fratello;
  - solo;

specificare ulteriori informazioni rilevanti sulla situazione familiare (es malattie invalidanti, carichi familiari, ...)

---

---

---

Frequenta la seguente struttura diurna \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ gestita da \_\_\_\_\_

Frequenta la seguente struttura residenziale \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ gestita da \_\_\_\_\_

### ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE

- Verbale d'invalidità da cui si evince la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n.104/1992;
- Carta d'identità beneficiario e ove necessario del curatore/tutore/amministratore di sostegno;
- Modulo allegato relativo alla tipologia di sostegno richiesto ;
- ISEE socio-sanitario in corso di validità;

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

I dati personali raccolti dal Comune di \_\_\_\_\_ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito del Distretto Socio-Sanitario D24 di Piazza Armerina e trasmessi all'ASP territorialmente competente ed alla Regione Siciliana saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati).

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_