



Al Comune di \_\_\_\_\_

All'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone

**“Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer”  
Misura 3/Sottomisura 3.3 Piano Sociale di Zona  
MODELLO DI ISTANZA PER L'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA**

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

familiare

tutore (*Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_*)

amministratore di sostegno (*Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_*)

altro (*specificare: \_\_\_\_\_*)

in favore di: (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE**

- l'ammissione al seguente contributo economico destinato ai malati di Alzheimer, di cui alla Det. Dir. regionale n. G00122/2016: "assegno di cura per assistenza domiciliare indiretta da realizzare tramite assunzione di assistenti familiari";

- di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

con accredito sul Conto Corrente

Bancario

Postale

(Codice IBAN 27 caratteri)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

c/o Banca/Ufficio Postale \_\_\_\_\_ Sede/Agenzia \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 D.P.R. n.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.P.R. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Distretto Sociale B di Frosinone in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario;

- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a produrre con cadenza trimestrale idonea dichiarazione al Distretto Sociale B di Frosinone, che attesti la permanenza presso il proprio domicilio.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

#### **ALLEGA**

Certificazione attestante la diagnosi di Alzheimer/demenza assimilabile e la relativa gravità/stadiazione rilasciata da: \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;

Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;

Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;

Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n.1* al Modello di istanza);

Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### **INFORMATIVA PRIVACY**

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; 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 all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

#### **DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *"Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer"*- *Misura 3 / Sottomisura 3.3 PSdZ* della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 504/2012 e della Det. Dir. n. G00122/2016.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_



**Allegato n. 1 al Modello di istanza per assegno di cura Alzheimer  
Distretto Sociale B di Frosinone**

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

- beneficiario dell'istanza per assegno di cura Alzheimer
- richiedente per conto di:

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.P.R. n.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.P.R.

**DICHIARA**

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra \_\_\_\_\_  
residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_