

- Separato / Divorziato
- Vedovo/a

Invalidità _____%

Indennità di accompagnamento: _____

Medico di base: MMG /Pediatria _____

CHIEDE:

- La presa in carico per l'adesione ai Progetti di vita individuali, personalizzati e partecipati, in favore di persone con disabilità

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:
--

L'utente individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del Distretto Socio-Sanitario RM 4.3 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

SI

NO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori

Data

Firma

Allegati:

- Documenti di Identità del Richiedente
- Documento d'identità del Beneficiario
- Documentazione sanitaria (verbale invalidità, Legge 104 etc...);