



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM/G5**

Tra i comuni di:

**CAPRANICA PRENESTINA, CASTEL SAN PIETRO ROMANO, CAVE,  
GALLICANO NEL LAZIO, GENAZZANO, PALESTRINA, ROCCA DI CAVE, SA  
CESAREO, SAN VITO ROMANO, ZAGAROLO ED AUSL RMG.**

**Interventi in favore di persone affette da Disabilità Gravissime**

**Avviso pubblico ai sensi del Decreto interministeriale 26 settembre 2016 e della deliberazione  
della Giunta regionale del Lazio 104/2017**

**Richiedente:**

NOME.....COGNOME.....

DATA E LUOGO DI NASCITA..... SESSO M | \_ | ; F | \_ |

NAZIONALITA'.....

RESIDENZA: ind..... num..... Prov.....

località (Comune).....cap.....

DOMICILIO: ind..... num..... Prov.....

località (Comune).....cap.....

TEL..... CELL..... STATO CIVILE .....

COD. FICSALE | \_ | | \_ | | \_ | | \_ | | \_ | | \_ | | \_ | | \_ | |

**In qualità di:**

1) se stesso ; 2) coniuge ; 3) genitore ; 4) figlio/a ; 5) fratello/sorella ;

6) altro patente  (specificare.....);

6) altra persona  (specificare.....).

**Richiede in favore di:**

NOME.....COGNOME.....

DATA E LUOGO DI NASCITA..... SESSO M | \_ | ; F | \_ |

NAZIONALITA'.....

RESIDENZA: ind..... num..... Prov.....

località (Comune).....cap.....

DOMICILIO: ind..... num..... Prov.....

località (Comune).....cap.....

TEL..... CELL..... STATO CIVILE .....

COD. FICSALE | \_ | | \_ | | \_ | | \_ | | \_ | | \_ | | \_ | | \_ | |

**CHIEDE**

Di beneficiare degli interventi/servizi previsti ai sensi della DGR 104 del 07/03/2017 – disabilità gravissima.

**Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D. Lgs. 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 decreto

**dichiara:**

- ✓ **di aver preso visione dell'Avviso pubblico** relativo alla presente istanza,
- ✓ **di accettare tutte le condizioni in esso previste e**
- ✓ **che il potenziale destinatario degli interventi/servizi è in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;**

**dichiara altresì:**

- ✓ che il destinatario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-assistenziale, socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- ✓ di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

**ALLEGA:**

- certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria specialistica pubblica che attesti la condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016, come da avviso, e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato;**
- Documento di identità in corso di validità del richiedente;**
- Documento di identità in corso di validità del potenziale destinatario del contributo (se diverso dal richiedente)**

- Attestazione ISEE in corso di validità per i nuclei familiari con componenti con disabilità** ai sensi del DPCM del 5 dicembre 2013, n. 159 e della legge 26 maggio 2016, n. 89.

*Ai sensi del D. Lgs. 101/2018, il sottoscritto autorizza l'uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all'istruttoria della richiesta e alla conseguente eventuale concessione dei benefici richiesti.*

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

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_