

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE
FONDO NON AUTOSUFFICIENZE anno 2018**

DGR 7856/2017

Il/la sottoscritto/a _____
in qualità di familiare (precisare grado parentela) _____ di:
(cognome) _____ (nome) _____
codice fiscale _____ nato/a
a: _____ Prov. di _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
CAP _____ (Varese) Tel./Cell. _____

CHIEDE

L'assegnazione del buono sociale in riferimento FNA ex Dgr 7856/2017

- Buono sociale per cure giver familiare**
- Buono sociale per cure giver con assistente personale con regolare contratto**
- Buono sociale mensile per progetti di vita indipendente**
- Voucher sociali per sostenere vita di relazione di minori con disabilità**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità ed ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000 di essere a conoscenza delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni

DICHIARA

1. che la certificazione ISEE socio-sanitario (**in allegato**) in corso di validità è pari a Euro _____
2. che la persona titolare del beneficio è stata riconosciuta l'invalidità civile:
 - non autosufficienza al 100% con certificazione di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 L.104/92
 - non autosufficienza al 100% con l'indennità di accompagnamento;
 - minorenni con indennità di accompagnamento.come da copia della certificazione **allegata**.
3. di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 art. 71 potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 art. 75, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

_____ , _____

In fede
(Firma del richiedente)

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.to L.vo n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche o integrazioni.

Ai sensi dell'art. 13 del D.to L.vo n.196/2003 e successive modifiche o integrazioni ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, la informiamo di quanto segue:

- il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale ai sensi del Bando approvato dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito territoriale di Azzate.

- è realizzato da personale del Comune di residenza e del Comune di Azzate anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi dell'art. 23 del D.to L.vo n. 196/2003 e successive modifiche o integrazioni, il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

_____, _____ In fede

(Firma del Richiedente)

RISERVATO AL COMUNE

Data di presentazione _____ Protocollo n° _____