

DOMANDA DI CONTRIBUTO ECONOMICO ALLE PERSONE AFFETTE DA SLA
(SCLEROSI LATERALE AMIOTRIFICA) AI SENSI DEL DECRETO DEL 11 MAGGIO 2012
DELL'ASSESSORATO DELLA FAMIGLIA, DELLE POLITICHE SOCIALI E DEL LAVORO

**AL SIG. SINDACO DEL
COME DI SOMMATINO**

La/Il sottoscritta/o Cognome _____ Nome _____
in qualità di persona affetta da SLA Nato/a _____ a _____
residente a _____ in Via _____ CAP _____
Provincia _____ cod. fisc. _____ recapito telefonico _____
eventuale indirizzo e-mail _____

OVVERO

La/Il sottoscritta/o, Cognome _____ Nome _____
in qualità di familiare care -giver (che si prende cura quotidianamente della persona ammalata)
Nato/a a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ CAP _____ Provincia _____
cod. fisc. _____ recapito telefonico _____
eventuale indirizzo e-mail _____
del/lla Sig./Sig.ra affetta da SLA: Cognome _____ nome _____
Nato/a a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ CAP _____ Provincia _____
cod. fisc. _____ recapito telefonico _____
eventuale indirizzo e-mail _____

CHIEDE

il riconoscimento del **contributo mensile di € 400,00 (quattrocento/00)**, previsto dal Decreto n.899 del 11/05/2012 dell'Assessorato della famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro a favore di soggetti affetti da SLA in situazione di non autosufficienza o in una fase di attività sociale fortemente inibita.

E, A TAL FINE

indica, qualora la presente richiesta di contributo venga accolta, le seguenti modalità per il versamento del contributo: Bonifico sul conto corrente bancario intestato al richiedente, IBAN:

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

A mezzo di assegno circolare intestato a: Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in via _____ Provincia _____ cod. fisc. _____

ALLEGA

1. Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
2. Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;
3. Stato di famiglia;

(Firma del richiedente)

CONSENSO AL-TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PER DOMANDA DI CONTRIBUTO ECONOMICO ALLE PERSONE AFFETTE DA SLA (SCLEROSI LATERALE AMIOTRIFICA) AI SENSI DEL DECRETO DEL 11 MAGGIO 2012 DELL'ASSESSORATO DELLA FAMIGLIA, DELLE POLITICHE SOCIALI E DEL LAVORO

Preso atto che il D Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali - garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale e che, richiede, tra l'altro, il consenso scritto degli interessati per la comunicazione e per la diffusione di dati personali:

il sottoscritto

nato il

residente a in Via

esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, necessari all'istruzione ed alla gestione della pratica relativa domanda di contributo economico alle persone affette da SLA (sclerosi laterale amiotrofica) ai sensi del decreto del 11 maggio 2012 dell'assessorato della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro

Data _____

FIRMA _____

AVVERTENZE

L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000).