

Allegato C

Al Distretto Sanitario di _____

dell'Azienda Sanitaria Locale _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____
/ ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ tel. _____

Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

in qualità di: diretto interessato tutore amministratore di sostegno

chiede

- contributo economico a sostegno della domiciliarità per le persone adulte affette da SLA e da altre malattie del motoneurone
- ricovero temporaneo in struttura residenziale

ai sensi della D.G.R.



SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

IL SIG./ LA SIG.RA _____

in qualità di:

- convivente (specificare)
 prossimo congiunto (specificare grado di parentela)
 altro (specificare)

chiede

- contributo economico a sostegno della domiciliarità per le persone adulte affette da SLA e da altre malattie del motoneurone
 ricovero temporaneo in struttura residenziale

ai sensi della D.G.R.....

a favore di

Sig./ra _____

nato/a _____ il ____/____/____

residente a _____ Cap. _____

Via/Piazza _____ n° _____ tel. _____

Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

A tal fine:

- *Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 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. Lgs.*
- *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.Lgv. 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 segreteria del Distretto sanitario.*



COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra _____

riceve o ha ricevuto interventi da

Servizio sanitario	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Quale
Servizio sociale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Quale

Allega alla presente domanda la Certificazione di Stadiazione predisposta dal Centro Esperto SLA dell'Azienda Universitaria Ospedaliera _____

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

CONSENSO

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy 2003, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data ___ / ___ / _____

Firma _____

(Timbro e Firma dell'operatore che riceve la
domanda)

N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria del Distretto Sanitario al seguente numero telefonico _____

