



ASP N. 9



GIBELLINA



MAZARA DEL VALLO




SALEMI



VITA

-----oOo-----

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 53
- Legge 328/2000 -
Comune Capofila: MAZARA DEL VALLO
Ufficio del Coordinatore
gabriella.marascia@comune.mazaradelvallo.tp.it

Comune di Mazara del Vallo	
Protocollo generale: USCITA	
0018983	15/03/2017
Classificazione: 2017 - 7.12	
	UOR: Assistenza economica regionale
20170018983	

AI COMUNI DI

GIBELLINA

protocollo@pec.gibellina.gov.it

SALEMI

ufficioassistenza@pec.cittadisalemi.it

VITA

socioassistenza@pec.comunedivita.it

C
7
R

Oggetto: Trasmissione AVVISO PUBBLICO e modello di domanda SLA anno 2017.
Sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver del soggetto affetto da sclerosi laterale amiotrofica (SLA). D.D. n. 1438/2011.

Per gli adempimenti consequenziali, si trasmettono in allegato:
Avviso Pubblico e schema di domanda riguardante la presentazione di nuove istanze per l'attribuzione del sostegno economico, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver del soggetto affetto da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) D.D. n. 1438/2011, per l'anno 2017.

Il termine della presentazione delle richieste per il semestre:
Gennaio/Giugno è il **30 Marzo 2017**.
Luglio/Dicembre è il **30 Settembre 2017**.

Si prega di darne massima diffusione
Cordiali saluti.



Il Dirigente dei Servizi Sociali
del Comune Capofila

Dott.ssa Maria Gabriella Marascia

Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi dell'Allegato al D.A. 899 dell'11-5-2012

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.200, n. 445

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____
CAP _____ Prov. _____ telefono _____

In qualità di:

Genitore

Altro familiare (specificare)

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome _____

nato a _____ il _____ e residente in _____

via/piazza _____ n. _____ Comune di _____

CAP _____ Prov. _____ telefono _____

che risulta affetto da SLA.

Chiede

La concessione dell'assegno di sostegno, previsto dal D.A. 899 dell'11.05.2012, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, in sostituzione di altre figure professionali, in quanto persona affetta da patologia sopra indicata.

Al fine del riconoscimento del contributo economico

Dichiara

che al familiare affetto da SLA, residente in Sicilia nel Comune di _____ ,

vengono assicurate prestazioni di cure, assistenza ed aiuto alla persona in relazione alle condizioni vissute in autonomia all'interno della famiglia.

Allega alla presente istanza:

- 1) Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- 2) Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia;
- 3) Stato di famiglia/autocertificazione
- 4) Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità di chi sottoscrive l'istanza.

Il/la sottoscritto/a dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di sostegno e di essere consapevole che il beneficio decade dopo due mesi in caso di decesso e della decadenza per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196

"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Per trattamento dei dati personali si intende la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, l'utilizzo, la comunicazione, la diffusione e la cancellazione delle informazioni riguardanti i soggetti di riferimento.

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 13 D. Lgs. 196/2003, si informa che i dati forniti sono trattati su supporto cartaceo e informatico ai soli fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla presente richiesta. Titolare è l'Amministrazione Comunale. L'interessato/a ha diritto all'aggiornamento dei dati e ad opporsi per motivi legittimi al trattamento, oltre agli altri diritti indicati all'art. 7 del D.Lgs. N. 196/2003 "diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti".

L'Amministrazione comunale può utilizzare i dati contenuti nella presente istanza esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D. LGS. n. 196 del 30/5/2003 "Codice trattamento dati personali").

Pertanto, il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. N. 196/2003 e di aver preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. medesimo, ed esprime il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità di cui alla presente istanza.

Data _____

FIRMA

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata direttamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.