

**Oggetto: Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima. D. A. n. 92 del 23.01.2015.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,

telefono \_\_\_\_\_ in qualità di richiedente/familiare \_\_\_\_\_

del/la Sig/ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente nel Comune di \_\_\_\_\_,

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci:

- Che il proprio nucleo familiare nel quale è presente e convivente per vincolo di parentela il/la Sig/ra \_\_\_\_\_, disabile gravissimo, è costituito dalle seguenti persone:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'attuazione del Progetto assistenziale personalizzato per la durata di mesi 12.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria sulla condizione del soggetto disabile;
- Documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra riportate, ai sensi del Dlg.s 196/2003.

\_\_\_\_\_  
(Firma per esteso)