

*Al Comune di Gela*

*Al Distretto Sanitario di Gela*

**D.P.R.S. 532/2017 - TRASFERIMENTI MONETARI RIVOLTI A PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA**

**Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del DPR 28.12.2000, n. 445.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Richiedente
- Genitore
- Altro familiare (specificare) \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

Il trasferimento monetario erogato dalla Regione Sicilia ai sensi del D.P.R.S. 532/2017, da utilizzare **esclusivamente per servizi di assistenza domiciliare;**

**Allega alla presente istanza:**

- ❖ **Verbale della Commissione Invalidi Civili**, attestante la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016;
- ❖ **Fotocopia del documento di riconoscimento valido del familiare che rende la presente autocertificazione;**
- ❖ **Fotocopia del documento di riconoscimento valido, del soggetto disabile;**

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole della cadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettare tutte le prescrizioni ivi contenute.

Inoltre, autorizza il Distretto all'uso dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. 196/03, che verranno utilizzati esclusivamente alle finalità di cui alla presente istanza.

Data

**FIRMA**