

**DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE**  
(Programma operativo Regionale D.G.R. 6674 del 7.6.2017  
L. N.112/2016 "Dopo di noi")

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ambito Territoriale di Trezzo sull'Adda

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale [\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_]  
Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- per se stesso:
- A favore di (cognome e nome)

\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale [\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_]  
Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Familiare (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_
- Tutore – provvedimento di nomina n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_
- Curatore – provvedimento di nomina n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_
- Amministratore di sostegno – provvedimento di nomina n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_

In qualità di:

**Specificatamente per la sola misura A** “eliminazione di barriere architettoniche, messa a norma impianti, adattamenti domotici” se diverso da singola persona

Legale rappresentante del Comune di \_\_\_\_\_

Legale rappresentante dell'Associazione familiare / Associazione / Cooperativa Sociale / Ente no Profit ONLUS denominato \_\_\_\_\_ con sede in

Codice fiscale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Partita IVA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Iscritta ai seguenti Albi o Registri

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Iscritta alla CCIAA di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**L'ACCESSO ALLE MISURE PREVISTE DALLA DGR 6674 del 7.6.2017**

(Barrare le misure che si intende richiedere e compilare il relativo modello di seguito indicato)

- A eliminazione di barriere architettoniche, messa a norma impianti, adattamenti domotici (**Modello A**)
- B canone locazione e spese condominiali (**Modello B**)
- C Voucher per accompagnamento all'autonomia e Voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia (**Modello C**)
- D voucher per gruppo appartamento con Ente gestore (**Modello D**)
- E Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extrafamiliare (**Modello E**)

**A TAL FINE**

- consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art 71 del DPR 445/00;

- consapevole che i diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi hanno facoltà di controllare presso gli uffici preposti la veridicità delle dichiarazioni e/o di contattare le famiglie per acquisire informazioni sulla domanda e sul progetto in atto;
- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

**DICHIARA**  
**sotto la propria responsabilità**

- che i documenti allegati in fotocopia non sono stati revocati, sospesi o modificati;
- di essere a conoscenza e di accettare che l'indirizzo di posta elettronica indicato nella domanda sarà utilizzato per le comunicazioni da parte dei diversi enti che partecipano all'erogazione dei servizi;

- che la persona per cui viene richiesta la misura:

ha ottenuto la certificazione di handicap grave ex art. 3 comma 3 della legge 104/92 nella seduta del \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_

***che si allega;***

Presenta ISEE per l'anno 2017 pari a \_\_\_\_\_ ***che si allega;***  
*N.B. Ai soli fini dell'attribuzione del punteggio sulla situazione economica patrimoniale deve essere allegata anche la DSU familiare per ISEE ordinario del richiedente.*

Presenta la seguente situazione familiare:

- entrambi i genitori e almeno un fratello/sorella;
- coniuge / convivente e figli;
- entrambi i genitori;
- coniuge / convivente;
- un solo genitore e almeno un fratello/sorella;
- un solo genitore;
- almeno un fratello;
- solo;

specificare ulteriori informazioni rilevanti sulla situazione familiare (a titolo esemplificativo: malattie invalidanti, carichi familiari, presenza di più soggetti disabili nel nucleo familiare...)

\_\_\_\_\_

Frequenta la seguente struttura diurna \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_

Gestita da \_\_\_\_\_

Frequenta la seguente struttura residenziale \_\_\_\_\_  
Sita a \_\_\_\_\_  
Gestita da \_\_\_\_\_

***Si allega/allegano il/i Modello/i specifico/i relativo/i alle misure di cui si chiede l'attivazione.***

***Carta di Identità del richiedente, in corso di validità.***

Data e luogo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

N.B.

Le domande dovranno essere presentate **entro e non oltre il giorno 31/10/2017 presso i Servizi sociali del Comune di residenza.**

Sarà possibile integrare e completare la documentazione a corredo della domanda anche successivamente alla presentazione e comunque entro e non oltre il 15 novembre 2017.

Le domande presentate oltre il termine suddetto o con modalità difformi da quanto previsto nel presente documento, non saranno prese in considerazione.

#### **Estratto di informativa relativa alla Privacy**

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia.

L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_