

**AL COMUNE DI**

---

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AI BENEFICI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIA DI ALZHEIMER**

(Da presentare presso l' Ufficio Protocollo del Comune di residenza)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

(DA COMPILARE SOLO IN CASO DI FAMILIARE/TUTELA LEGALE / CURATELA / AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO)

In qualità di:

- familiare
- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno

Del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere ammesso ai benefici di cui all'avviso pubblico dell'A.T.O Viterbo prot. n. 3903 del 9/9/2013 relativo alla realizzazione di azioni in favore dei malati di Alzheimer e loro familiari.

A tale fine, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, pena l'esclusione,

**ALLEGA**

Valutazione dell'UVA (Unità Valutativa Alzheimer) con livello di gravità per aree

Attestazione ISEE dell'intero nucleo familiare, in corso di validità (vedi nota\* a fondo pagina)

Copia dell'accertamento della situazione di gravità ai sensi dell'art. 4 della L. n. 104/1992 (se ricorre il caso; vedi nota\* a fondo pagina)

Copia del decreto di nomina a tutore/curatore/amministratore di sostegno (se ricorre il caso)

Copia di documento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente (se diverso dall'interessato)

Copia di documento in corso di validità e della tessera sanitaria dell'interessato

### **DICHIARA**

di conoscere ed accettare tutte le condizioni riportate nell'avviso pubblico di cui sopra.

Dichiara che il codice IBAN per il versamento dell'assegno di cura è il seguente:

IBAN .....

In relazione ai dati forniti, alcuni dei quali rientrano nel novero di quelli “sensibili”, acconsente all'uso dei dati stessi nell'ambito dell'istruttoria della presente domanda, ai sensi del D. Lgs. n. 196\2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\* Se più conveniente per l'assistito, può essere assunta come unità di riferimento una composizione del nucleo familiare costituita dall'assistito e dall'eventuale coniuge, e nel caso di persone con handicap permanente grave di cui all'art. 3 comma 3 della legge n. 104\1992, accertato ai sensi dell'art. 4 della medesima legge, dal solo assistito; in quest'ultimo caso, dovrà essere allegata copia dell'accertamento della situazione di gravità ai sensi dell'art. 4 della L. n. 104\1992.