

**Al Comune di Selargius  
Area 1 – Politiche Sociali, Pubblica Istruzione,  
Promozione Culturale e Sportiva**

**Via Istria, 1  
09047 - SELARGIUS**

OGGETTO: Deliberazione G.R. N. 13/7 del 31.03.2015. Interventi a favore delle disabilità gravissime (art. 3 Decreto interministeriale 07.05.2014). RICHIESTA DI FINANZIAMENTO.

**1. Dati riferiti al destinatario:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ residente a Selargius  
in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

**2. Dati del richiedente:**

Diretto interessato (si vedano i dati del punto 1)  
 Parente (indicare i dati del parente) Rapporto di parentela \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Consapevole che:  
le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445 del 28.12.2000;  
in caso di dichiarazioni false o non più rispondenti al vero, decadrebbe immediatamente dall'eventuale beneficio acquisito;

**DICHIARA**

- Che il Signor \_\_\_\_\_ è residente a Selargius in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- Che il Signor \_\_\_\_\_ è persona:

- In carico UVT;
  - Inserito in cure domiciliari di terzo livello dal \_\_\_\_\_;
  - In dipendenza vitale che necessita di assistenza sulle 24 h;
- Che il Signor \_\_\_\_\_ beneficia dei seguenti interventi:
    - Invalidità civile;
    - Indennità di accompagnamento
    - Riconoscimento di handicap grave (art. 3.3 L. 104792)
    - Finanziamento L. 162/98
    - Assistenza domiciliare comunale
    - Home care
    - Progetto "Ritornare a casa":
      - Contributo ordinario attivato il \_\_\_\_\_
      - Contributo aggiuntivo attivato il \_\_\_\_\_
      - Contributo straordinario attivato il \_\_\_\_\_
    - Altro (indicare).....

**ALLEGA ALLA PRESENTE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

1. scheda di valutazione multidimensionale compilata dal Medico di MMG;
2. Verbale riconoscimento invalidità civile e/o accompagnamento;
3. Verbale riconoscimento di handicap grave (art. 3.3 L. 104792);
4. Attestazione ISEE 2015 per prestazioni socio sanitarie (escluse le residenziali);
5. copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente e del beneficiario.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.vo 196/2003

I dati relativi alla presente dichiarazione sono raccolti e depositati presso gli Uffici del Servizio Sociale del comune di Selargius con strumenti informatici e cartacei e sono utilizzati al solo fine di erogare le prestazioni previste nella presente dichiarazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

La firma non deve essere autenticata se apposta in presenza del dipendente addetto o se la dichiarazione è accompagnata da un documento di identità.