

**OGGETTO: BENEFICI PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI
ALLA L.R. n. 4 del 01.03.17 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10.05.2017**

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____ c.f. _____
res.te a _____, in Via _____ tel.
_____ In proprio

in qualità di (es: genitore, tutore/curatore, amministratore di sostegno, etc.)
_____ di _____,
nato/a a _____ il _____ c.f. _____
res.te a _____, in Via _____

al fine di accedere ai benefici di cui alla L.R. n. 4 del 01.03.2017 e al D.P. 532.2017 modificato con D.P. 545 del 10.05.2017 pubblicato il 11.05.2017 e di ottenere il previsto trasferimento monetario per le persone con disabilità gravissima, **DICHIARA**

- DI ESSERE "CENSITO" E DI AVER PERCEPITO LE MENSILITÀ DELL'ASSEGNO DI CURA SINO AL MESE DI _____
- DI ESSERE STATO "CENSENDO" E DI ESSERE STATO INCLUSO NELL'ELENCO DEI GRAVISSIMI:
- DI AVERE SOTTOSCRITTO IL PATTO DI CURA E DI NON AVERE ANCORA RICEVUTO ALCUN TRASFERIMENTO;
 - DI NON AVERE ANCORA SOTTOSCRITTO IL PATTO DI CURA
- DI ESSERE STATO "CENSENDO" E DI AVER ANCORA AVUTO ALCUNA COMUNICAZIONE SULL'ESITO DEL PROCEDIMENTO

Allega alla presente la documentazione sotto elencata:

- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e del cod. fisc. del disabile
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e del cod. fisc. del genitore/tutore/amm. di sostegno
- copia dei certificati di HANDICAP ex L. 104/92 e di INVALIDITA' rilasciati dalla Commissione competente.
- copia del patto di cura sottoscritto (ove già sottoscritto)
- copia della comunicazione di inclusione nell'elenco dei gravissimi

Autorizza i destinatari 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.

Data _____

FIRMA _____