



Al PUA del Comune di _____

**REGOLAMENTO UNICO DISTRETTUALE PER L'ASSISTENZA DELLE PERSONE
CONDIZIONE DI DISABILITÀ, NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITÀ GRAVISSIMA
OVVERO IN FAVORE DI CAREGIVER FAMILIARI**

Istanza (Allegato 1)

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE:

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ Prov (_____) il ____/____/____/
residente nel Comune di _____
in Via/P.zza _____ n. ____ c.a.p. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero di telefono (cellulare)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-MAIL _____@_____.

PEC (se in possesso) _____

Domiciliato/a in (se diverso dalla residenza) Via/P.zza _____ n° _____

CITTÀ _____ CAP _____

**Comunicazione dell'indirizzo presso il quale inviare la valutazione conclusiva laddove diverso
dalla residenza _____**

IN QUALITÀ DI:

- destinatario tutore titolare della potestà genitoriale amministratore di sostegno
 familiare responsabile (specificare il rapporto di parentela) _____

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO:

Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ Prov (_____) il ____/____/____/
residente nel Comune di _____
in Via/P.zza _____ n. ____ c.a.p. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero di telefono (cellulare)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-MAIL _____@_____._____

PEC (se in possesso) _____

Domiciliato/a in (se diverso dalla residenza) Via/P.zza _____ n° _____

CITTÀ _____ CAP _____

Invalidità _____% Indennità di accompagnamento: _____

Medico di base: MMG /Pediatra _____

CHIEDE

di poter usufruire delle prestazioni previste ai sensi del regolamento unico distrettuale per l'assistenza delle persone condizione di disabilità, non autosufficienza e disabilità gravissima ovvero in favore di caregiver familiari

Dichiara di essere a conoscenza che i dati forniti saranno trattati dal Comune di _____, ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, esclusivamente per la presente procedura e per le attività connesse ai fini istituzionali dell'Ente.

Luogo e data
..... / /

Firma
