

Medico di medicina generale (Nome) _____ (cognome) _____

Tel _____

Allega alla presente domanda:

- Copia della certificazione della disabilità, ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.n.104/92;
- Certificazione medica attestante la diagnosi (rilasciata da struttura ospedaliera o sanitaria specialistica del Servizio sanitario Regionale;
- Copia della certificazione di invalidità e di indennità di accompagnamento;
- Copia di un documento di identità del richiedente in corso di validità.

DICHIARA

- Di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.
- Che l'assegno di cura sarà erogato, previa verifica dei requisiti di accesso, nell'ambito di progetti personalizzati sociosanitari di "cure domiciliari" definiti in sede di Unità di valutazione Integrata (U.V.I.)
- Di essere consapevole che l'assegno di cura sostituirà le eventuali prestazioni già rese o da rendersi da parte dell'Ambito Napoli trentuno di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico" ex Lea e che il primo assegno di cura coincide con la data di cessazione delle prestazioni.

Il familiare /parente di riferimento contattabile è: *(la sezione sottostante deve essere compilata soltanto se il familiare di riferimento è diverso da colui/colei che presenta la domanda)*

Cognome _____ Nome _____

Tel _____ cell _____ e-mail _____

Il/la sottoscritta, sollevando l'Amministrazione da ogni responsabilità, chiede che in caso di accettazione della presente istanza, la liquidazione dell'assegno di cura sia effettuata con la seguente modalità:

Accreditamento bancario, su Istituto di credito _____

Cod. IBAN _____

Torre del Greco, li

Il Richiedente

Consenso al trattamento dei dati

Il/la sottoscritto/a consapevole delle modalità del trattamento dei dati che saranno comunicati esclusivamente ad altri soggetti di cui all'art.84 del D. Lgs. n.196/2003 e ad Enti Pubblici per i soli fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'ufficio di piano dell'Ambito NA 31

F.To _____