



COMUNE DI POLISTENA

CITTA' METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA

"COMUNE - CAPOFILA AMBITO TERRITORIALE N. 1"

COMUNI DI:

**ANOLA - CANDIDONI - CINQUEFRONDI - FEROLETO DELLA CHIESA - GALATRO - GIFFONE - LAUREANA DI
BORRELLO - MAROPATI - MELICUCCO - SAN GIORGIO MORGETO - SAN PIETRO DI CARIDA' - SERRATA**

UFFICIO DI PIANO

All. 1

All'Ambito territoriale n. 1 Polistena
Via G. Lombardi snc
89024 Polistena (RC)

Pec: protocollo@pec.comune.polistena.rc.it

Oggetto: Istanza di valutazione per l'accesso alle misure

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 296/2017

Il sottoscritto (cognome e nome) _____, nato a _____ (____) il
_____, residente a _____ (____) CAP _____ Via
_____ n. _____ Email _____ tel. _____
Codice fiscale _____ domicilio (se diverso dalla residenza)
_____, in qualità di:

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE (specificare grado di parentela _____)

ovvero di:

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

del Sig. (cognome e nome) _____ nato a _____ (____) il _____ sesso
(M/F) _____ residente a _____ (____) CAP _____ Via _____ Tel.
_____ E-mail _____ Codice fiscale
_____ domicilio (se diverso dalla residenza)

CHIEDE



COMUNE DI POLISTENA

CITTA' METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA

“COMUNE - CAPOFILA AMBITO TERRITORIALE N. 1”

COMUNI DI:

**ANOIA - CANDIDONI - CINQUEFRONDI - FEROLETO DELLA CHIESA - GALATRO - GIFFONE - LAUREANA DI
BORRELLO - MAROPATI - MELICUCCO - SAN GIORGIO MORGETO - SAN PIETRO DI CARIDA' - SERRATA**

UFFICIO DI PIANO

l'accesso alle misure previste dalla DGR 296/2017, come di seguito riportato:

___ TIPOLOGIA A - Voucher per accompagnamento all'autonomia (assistente familiare)

DICHIARA

la presenza dei requisiti di seguito elencati

- Presenza di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Età compresa fra i 18 ed i 64 anni;
- Assenza del sostegno familiare in quanto mancanti entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, o ancora perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno.

ALLEGA

- Copia di un valido documento di identità;
- Documentazione sanitaria attestante la condizione di disabilità;
- Scheda analitica specifica All 2;
- ALTRO (specificare) _____.

Data e luogo

Firma

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del Regolamento europeo n. 679/2016, ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano territorialmente competente e a Regione Calabria. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo

Firma