

**Riservato al Comune**  
(timbro protocollo)

Al Comune di

.....  
(Comune di residenza del beneficiario del buono sociale)

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE DISABILI  
INTERVENTI DI SOSTEGNO DOMICILIARE  
Periodo 01.01.2010 - 31.12.2010**

(modulo da compilare in stampatello)

**RICHIEDENTE** (beneficiario o parente entro il 4° grado o persona prevista dai casi di legge)

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a ..... Prov. .... il .....

Residente ..... Via/Piazza ..... n.....

Telefono..... Codice fiscale (solo se beneficiario).....

**CHIEDE**

(barrare la voce che interessa)

In nome proprio

Per conto del beneficiario sotto riportato

**BENEFICIARIO** (compilare solo se si tratta di una persona diversa dal richiedente)

Cognome..... Nome.....

Nato/a..... Prov. .... il .....

Residente ..... Via/Piazza ..... n.....

Telefono ..... Codice fiscale .....

Relazione di parentela con il richiedente .....

l'assegnazione del buono sociale per interventi di sostegno domiciliare ai sensi del bando approvato dall'Assemblea Distrettuale dei Sindaci del 6.05.2010 e recepito con determinazione dirigenziale del Comune di Lecco Gestione Associata, rivolto a sostenere le famiglie nella cura della persona disabile in situazione di gravità (assistenza domiciliare indiretta).

A tal fine, a conoscenza del disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 che testualmente recita:

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 (certificazione) e 47 (notorietà) e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'art. 4 – 2° comma – (impedimento temporaneo) sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.
4. (omissis).

fermo restando, a norma del disposto dell'art. 75 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA CHE**

(barrare la voce che interessa)

**il richiedente**

**il beneficiario**

1. è stato riconosciuto/a invalido/a 100% (specificare se con diritto all'accompagnamento) ..... , come da verbale numero ..... in data ....., rilasciato dalla Commissione Sanitaria per l'accertamento degli stati invalidità dell'ASL di .....
2. è in possesso dello stato di gravità documentata dalla certificazione rilasciata dall'ASL ai sensi dell'art. 3 della legge n. 104/92 in data .....
3. è in possesso della certificazione specialistica dell'ASL o dell'ospedale o di un ente accreditato, rilasciato in data .....
4. ha un valore ISEE familiare (indicatore di situazione economica equivalente) ano 2009 di Euro.....;
5. che il progetto individualizzato riguarda:
  - o intervento di assistenza domiciliare
6. che la spesa preventivata è di circa Euro ..... e che verrà successivamente rendicontata mediante documentazione amministrativa che attesti il pagamento della spesa effettivamente sostenuta;
7. di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza eventuali variazioni o motivi che facciano venire meno i requisiti di ammissibilità;
8. di scegliere, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici, una delle seguenti modalità di riscossione:

direttamente sul conto corrente postale  
codice IBAN.....

direttamente sul conto corrente bancario  
codice IBAN .....

- a mezzo assegno circolare intestato al richiedente .....
- altra modalità (specificare) .....

---

**Alla domanda è opportuno allegare copia di certificazioni comprovanti l'esistenza dei requisiti di ammissibilità.**

---

**Informativa ai sensi del D.lgs.vo 30.6.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"**

In relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- Il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale;
- Il trattamento è realizzato da personale dell'ASL e dei Comuni anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante

.....  
acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

Data .....

In fede  
Il richiedente

.....