All. a) al Regolamento sui contributi di affidamento intrafamiliare di parenti maggiorenni totalmente non autosufficienti a causa di gravi handicap intellettivi

**Domanda di affidamento intra-familiare**

Al DIRETTORE GENERALE

del C.O.S.

delibera di Assemblea consortile n° del

**RICHIEDENTE**

**COGNOME**

**NOME**

**in qualità di interessato/parente/tutore**

**COMUNE DI NASCITA**

**PROVINCIA**

**DATA DI NASCITA**

**COMUNE DI RESIDENZA**

**SEDE**

**TERRITORIALE**

**DOMICILIO (se diverso**

**dalla residenza)**

**RESIDENTE DAL**

**INDIRIZZO**

**N°**

**TELEFONO**

**CODICE FISCALE**

CITTADINANZA

STATO CIVILE

! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

**ALTRO PARENTE**

**COGNOME**

**NOME**

**GRADO DI PARENTELA**

**COMUNE DI NASCITA**

**PROVINCIA**

**DATA DI NASCITA**

**Chiedo di aderire al progetto**

“Affidamento intra-familiare di parenti maggiorenni totalmente non autosufficienti a causa di gravi handicap intellettivi**”**

**PERSONA AFFIDATA**

**COGNOME**

**NOME**

**SESSO**

**COMUNE DI NASCITA**

**PROVINCIA**

M 

**DATA DI NASCITA**

F 

**GRADO DI PARENTELA CON AFFIDATARIO**

CITTADINANZA

STATO CIVILE

**CENTRO DIURNO FREQUENTATTO – DAL**

**% INVALIDITA’**

**INDENNITA’ ACCOMPAGNAMENTO**

SI 

NO 

**DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto dichiara di:

* conoscere il Regolamento sui contributi di “Affidamento intra-familiare di parenti maggiorenni totalmente non autosufficienti a causa di gravi handicap intellettivi**”** approvato con deliberazione di Assemblea Consortile n. del ;
* essere a conoscenza che il Consorzio deve attuare le opportune verifiche con gli strumenti previsti dalla normativa vigente e pertanto acconsente al trattamento delle informazioni rese, ai sensi della Legge 675/96, ai fini dell’intervento richiesto;
* essere stato informato sulle procedure di esame della domanda, che le informazioni rilasciate sono necessarie e pertinenti alla finalità per la quale vengono acquisite e di impegnarsi a segnalare qualsiasi variazione a quanto dichiarato e documentato.

Dichiara inoltre che il mio congiunto/il mio tutelato è titolare di:

* Indennità di accompagnamento;
* è invalido al 100%
* frequenta il centro diurno per disabili di ……………….…….
* che la documentazione necessaria è reperibile presso ………………………….………
* s’impegna ad informare il Consorzio sull’andamento del progetto
* che quanto sin qui dichiarato sotto la mia responsabilità corrisponde al vero

**Data FIRMA**