**AMBITO TERRITORIALE N26 E ASL NA 3 SUD - DISTRETTO SANITARIO N.52**
Comuni di San Giuseppe Vesuviano (capofila), Ottaviano, Palma Campania,
Terzigno, Poggiomarino, San Gennaro Vesuviano, Striano

# Piano Sociale Regionale 2013-2015
# Seconda Annualità Fondo per la Non Autosufficienza anno 2013
# Decreto Dirigenziale n. 884 del 29/09/2014

## ATTO DI DELEGA PER PRESENTAZIONE RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Spett.le Comune
di STRIANO
Via SARNO, 1
80040 STRIANO

Il/La sottoscritt__ _____ nato/a

il ___/___/_____ a _____ e residente a STRIANO

in Via _____ n. _____

C.F.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| - Tel. _____ Doc.

d'Identità _____ n. _____ ril. da _____ il ___/___/_____

## DELEGA

Il/La sig./sig.ra _____ Nato/a il ___/___/_____

a _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____

C.F.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| - Tel. _____ Doc.

d'Identità _____ n. _____ ril. da _____ il ___/___/_____

## A PRESENTARE

La richiesta di riconoscimento di un "assegno di cura" a valere sul F.N.A. 2013 ai sensi del Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 884 del 29/09/2014, in attuazione del Decreto Interministeriale del 20/03/2013 per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali in favore di persone non autosufficienti per il sostegno all'assistenza domiciliare per disabilità gravissime a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali.

Striano, ___/___/_____

_____ _____
(firma leggibile)

Il/la sottoscritt__, in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D.Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

_____ _____
(firma leggibile)

Si allegano documento di identità del richiedente e del delegato.