



Doc. d'Identità \_\_\_\_\_ Tel./Cellulare \_\_\_\_\_  
(tipo e numero)

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 e consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n° 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

Che i dati e le informazioni relative alla persona non autosufficiente interessata all'assegno di cura sono i seguenti:

- a) è affetto/a dalla seguente patologia \_\_\_\_\_
- b) il medico (MMG o PLS) è: \_\_\_\_\_  
con ambulatorio a STRIANO in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_ tel. ufficio: \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_
- c) Riceve dalla ASL le seguenti cure/prestazioni sanitarie o sociosanitarie:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) Riceve dai Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona/Comune di STRIANO, le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie: \_\_\_\_\_
- e) È assistito nelle funzioni di vita quotidiana in modo:
- diretto da parte di uno o più familiari conviventi;
- indiretto da parte di un Assistente familiare/badante
- f) Si rende disponibile ad essere sottoposto a valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Integrata presso il proprio domicilio;
- g) È consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva di ogni altra prestazione a carattere "sociale" che sia stata assegnata dal Piano Sociale di Zona/Comune o definita in sede di Unità di Valutazione Integrata congiuntamente con il Distretto Sanitario;
- h) S'impegna a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato formulato dalla U.V.I.
- i) Il familiare/ parente di riferimento contattabile è:  
\_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente-destinatario;
- atto di delega alla presentazione della domanda (in caso di richiesta per delega);
- copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente per delega;
- richiesta di valutazione UVI redatta dal MMG o PLS;
- Scheda SVAMA e/o SVAMDI sanitaria compilata dal MMG o PLS;
- certificazioni mediche attestanti la non autosufficienza \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Striano, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Il/La sottoscritto/a, 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).

Striano, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

(firma leggibile)