

**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 SOLLIEVO  
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 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, mirato a sostenere gli interventi di sollievo (progetti di accoglienza presso strutture residenziali anche in località climatiche; progetti di integrazione sociale e percorsi di accompagnamento verso l'emancipazione).

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) anno 2009 di Euro.....;
5. che il progetto individualizzato riguarda:
  - o soggiorno in località climatiche
  - o frequenza a centro diurno estivo
  - o inserimento di sollievo residenziale o diurno
  - o percorso di accompagnamento verso emancipazione

**( viene finanziato un solo progetto a persona; pertanto si invita a segnalare uno solo dei progetti sopra citati).**

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

.....