



Struttura: Servizio Socio Assistenziale  
Distretto di Casale Monferrato  
Direttore: dott.ssa Anna Maria Avonto

## Modello di domanda Allegato A

socioassistenziale@pec.aslal.it

Il/La sig./a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Documento d'Identità \_\_\_\_\_

### MANIFESTA

interesse ad accedere agli incentivi previsti per la realizzazione del progetto di vita indipendente e inclusione nella società di persone adulte con disabilità- annualità 2024

**(barrare la/e casella/e d'interesse)**

-  per sé stesso

-  in qualità di legale rappresentante (specificare:  tutore;  curatore;  amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento d'Identità \_\_\_\_\_

-  in luogo (specificare:  coniuge;  figlio/a;  altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento d'Identità \_\_\_\_\_

A tal fine;

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 in caso



Sede legale: Via Venezia 6  
15100 Alessandria  
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.;  
consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa;

**DICHIARA**

- di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

**DICHIARA**

**con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente**

- di essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3;
- che per il progetto di vita indipendente che si intende realizzare richiede l'accesso a una delle seguenti azioni:

Erogazione di incentivi economici per \_\_\_\_\_

**Si allega:**

copia documento di riconoscimento della persona adulta con disabilità interessata e richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

(solo ed esclusivamente se del caso)  copia documento del richiedente (se differente dalla persona adulta con disabilità), in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3;

ISEE Ordinario valido

(facoltativa)  ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione sanitaria e/o sociale (specificare: \_\_\_\_\_)

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



Sede legale: Via Venezia 6  
15100 Alessandria  
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sig./a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
(barrare la/e casella/e d'interesse)

-  per se stesso

-  in qualità di legale rappresentante (specificare:  tutore;  curatore;  amministratore di sostegno) della  
persona adulta con disabilità (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

-  in qualità di dichiarante (specificare:  coniuge;  figlio/a;  altro parente in linea retta o collaterale fino  
al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo  
stato di salute (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e che il titolare del trattamento dei dati è il Servizio Socio Assistenziale dell'ASL AL ;

### ESPRIME

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

### AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:  
\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del richiedente  
\_\_\_\_\_