



MODULO PER RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Allegato A

Al Protocollo Generale del
Comune capofila Montesarchio
Piazza San Francesco, n. 1
Montesarchio (BN)

Il sig. (nome e cognome) _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ tel _____

Documento Identità n. _____ rilasciato dal Comune di _____

CHIEDE

per sé

su delega del familiare

in qualità di tutore giuridico della persona interessata

l'attribuzione di un "assegno di cura" a valere sul F.N.A 2013 ai sensi del Decreto Dirigenziale della Regione Campani n. 884 del 29/09/2014 a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali.

A favore di :

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ tel _____

Codice fiscale _____

A tale fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.lgs

DICHIARA

- Che i dati e le informazioni relative alla persona interessata all'assegno di cura sono i seguenti:
è affetto da _____

certificata da nome e cognome del Medico (MMG o PLS) _____

indirizzo _____ tel. _____

- Che riceve dalla ASL le seguenti cure/ prestazioni sanitarie o sociosanitarie:



- Che riceve dai servizi Sociali dell'Ambito le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie:

- Che è assistito nelle funzioni della vita quotidiana da uno o più familiari conviventi.

È consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva da ogni altra prestazione a carattere "sociale" che sia stata assegnata dall'Ambito B3 definita in sede di Unità di Valutazione Integrata congiuntamente con il Distretto Sanitario di Montesarchio.

È consapevole, inoltre, che l'erogazione del contributo è subordinata al trasferimento delle risorse da parte della Regione Campania.

Si impegna, inoltre, a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato formulato dalla UVI.

Il familiare/parente di riferimento contattabile è:

(nome e cognome) _____

Tel. _____ e mail _____

Ai fini dell'espletamento della pratica, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003.

Si allega alla presente:

- fotocopia documento di riconoscimento;
- richiesta di valutazione UVI da parte del MMG o PLS;
- tutte le certificazioni necessarie per la valutazione del caso.

Data _____

Firma
