

Domanda per assegno di cura

Protocollo USL in arrivo	n°	del	Tit.
--------------------------	----	-----	------

All'Azienda U.S.L. Toscana Centro

Dipartimento del Decentramento

Zona-Distretto

Via

Cap Comune

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Tel. abitazione _____ Cell. _____

Medico Curante Dr. _____

affetto da malattie di motoneuroni^(a), come dichiarato da certificazione allegata del Medico Curante e da indicazione riportata a margine della presente;

CHIEDE

di essere sottoposto/a a valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) per accedere all'assegno di cura istituito dalla Regione Toscana ai sensi della Delibera di Giunta n. 721 del 3 agosto 2009

e DICHIARA

- che l'indirizzo presso cui chiede di essere sottoposto/a alla suddetta valutazione è il seguente:

.....(specificare solo se diverso da quello della residenza)

- che l'indirizzo presso il quale inviare all'interessato la risposta dell'esito della valutazione richiesta è il seguente: (specificare solo se diverso da quello della residenza)

.....
(cognome - nome)
.....
(via/Piazza n. civico - Cap - Comune)

Di autorizzare ai sensi del Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)".

Allega copia:

1. della documentazione in suo possesso ai fini della suddetta valutazione e indica la tipologia di cui affetto come da elenco sul retro della presente domanda.
2. documento di identità del richiedente.

Firma del richiedente (1) (leggibile) _____ Data _____

(1) Ai sensi dell'art. 4 2° comma del DPR 28/12/2000 n. 445 la dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, e' sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante. Nel caso in esame compilare il mod. dichiarazione sostitutiva per impossibilità firma, in calce alla presente.

Indicare la malattia tra una di quelle sotto indicate in funzione della documentazioni in possesso.

(a) INDIVIDUAZIONE DELLE PATOLOGIE DEL MOTONEURONE:

- Sclerosi Laterale Amiotofica
- Sclerosi Laterale Primaria
- Atrofia Muscolare Progressiva
- Paralisi Bulbare Progressiva
- Atrofia Muscolare Spinale tipo III e IV
- Sindrome post-polio
- Malattia di Kennedy
- Deficit di esosaminidasi

=====

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' resa ai sensi dell'art. 4 del DPR del 28/12/2000 N. 445 da compilare in caso di impossibilit  temporanea alla firma da parte dell'avente diritto per causa di salute

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ (____)

Via/Piazza _____ n. _____

Tel. abitazione _____ Cell. _____

DICHIARA

che il richiedente   impossibilitato alla firma e che la stessa   stata resa dal sottoscritto, ai sensi dell'art. 4, 2^o comma del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in qualit  di

[] coniuge,

[] figlio,

[] parente in linea () retta o () collaterale (specificare con una x) fino al terzo grado in quanto (indicare la parentela)

[] curatore/tutore come da
(Specificare atto nomina se curatore, tutore o amm. di sostegno)

nell'interesse del richiedente che si trova nella situazione d'impedimento per ragioni connesse allo stato di salute, di fronte al pubblico ufficiale e previo accertamento dell'identit  del dichiarante, ovvero nelle modalit  previste dalle norme vigenti e per le quali allega copia del documento di riconoscimento proprio e del richiedente.

Autorizza il trattamento e la conservazione dei dati personali per le finalit  di cui alla propria domanda di richiesta del beneficio economico, ai sensi del D.Lgs n. 101/2018.

Data _____ Firma _____ (Leggibile)