

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI
FAMIGLIA**
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

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

nato/a a _____ prov. _____ Il _____

Codice fiscale _____

in qualità di:
beneficiario dell'istanza per Assegno di cura/Contributo di cura per persone affette da disabilità gravissima

richiedente per conto di:

(cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

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

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra

residente in Via/Piazza _____ n.

Comune _____ CAP _____

è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data, _____

Firma

**al Modello di istanza per Assegno di cura/Contributo di cura
per persone affette da disabilità gravissima**

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario RM 6/3.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Ciampino, Capofila del Distretto Socio-Sanitario, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso Pubblico Aperto Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima, ai sensi della DGR n. 104/2017.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente