



Resilienza a domicilio

UN PROGETTO DI



PARTNER



FINANZIATO DA



Realizzato grazie al Fondo per il finanziamento di progetti e attività di interesse generale nel Terzo Settore (art. 72 D.Lgs n. 117/2017)
- Avviso 1-2018 Puglia/Capitale Sociale 2.0

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE (Art. 46, D.P.R. 445 del 28.12.2000)

IL /LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____

CODICE FISCALE _____ TELEFONO _____

a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- CHE IL NUCLEO FAMILIARE RISULTA AVERE RESIDENZA E DOMICILIO IN PROVINCIA DI LECCE
- CHE NEL NUCLEO FAMILIARE SONO PRESENTI FIGLI MINORENNI
- CHE NEL NUCLEO FAMILIARE NON SONO PRESENTI FIGLI MINORENNI

(per le persone affette da SLA in grado di firmare autonomamente)

DI ESSERE PERSONA AFFETTA DA SLA

(per chi è un familiare e convivente di una persona affetta da SLA)

DI ESSERE FAMILIARE E CONVIVENTE DI _____

NATO A _____

IL _____

DI AVERE NEI SUOI CONFRONTI IL LEGAME DI:

- CONIUGE
- FIGLIO/A
- ALTRO _____

(per le persone affette da SLA che hanno delegato alla firma un'altra persona)

DI ESSERE STATO INCARICATO DI PRESENTARE DOMANDA A NOME DI _____

NATO A _____

IL _____

E DI AVERE NEI SUOI CONFRONTI

IL RUOLO DI:

- CAREGIVER
- TUTORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

LA DIAGNOSI DI SLA È STATA EFFETTUATA DA: _____ IN DATA: _____

L'Associazione 2HE garantisce la raccolta e il trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) nonché ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali). I dati personali raccolti saranno trattati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

LUOGO E DATA _____ FIRMA ESTESA _____