

**Richiesta di predisposizione progetto personalizzato “ Ritornare a casa “**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER SE / OVVERO PER**

\_\_\_\_\_ cognome e nome \_\_\_\_\_  
( relazione di parentela )

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente Olbia via \_\_\_\_\_

n \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

**La predisposizione progetto personalizzato “ Ritornare a casa “**

Allega i seguenti documenti :

- Copia fotostatica di valido documento di riconoscimento ;
- Autocertificazione attestante il reddito ISEE
- Certificato medico secondo l' allegato modello

***N. B. leggere e sottoscrive l'informativa sul trattamento dei dati nell'ultima pagina***

Olbia li \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a OLBIA Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

**Per se**  
**Per conto di** \_\_\_\_\_

**Nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**In qualità di** \_\_\_\_\_

che la propria famiglia è così composta:

( se l'ISEE richiesto è quello individuale andrà indicato il solo beneficiario del servizio)

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto con il dichiarante (moglie, marito, figlio, ecc.)

-che l'indicatore della situazione economica equivalente, di cui all'attestazione **ISEE** con

validità fino al \_\_\_\_\_, è pari ad € \_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, strumentali o connesse al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li

Firma per accettazione

\_\_\_\_\_

Al fine della richiesta relativa al progetto “ Ritornare a casa”si certifica che :

Il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente ad Olbia in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

E' affetto da ( barrare la voce interessata )

Grave patologia degenerativa non reversibile in ventilazione assistita o coma;

Grave patologia in fase terminale \_\_\_\_\_ (indicare patologia);

Grave stato di demenza valutato con punteggio \_\_\_\_ sulla base della scala CDR.

Inserita in struttura per più di dodici mesi

**Timbro e firma del medico del  
servizio specialistico pubblico**

\_\_\_\_\_