



riconoscimento della impossibilità a svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore;

3. di prestare /aver prestato personalmente assistenza e cura al familiare disabile;
4. che il familiare disabile
  - è stato ricoverato in struttura assistenziale dal ..... al .....
  - non è stato ricoverato in struttura assistenziale negli anni 2018-2019-2020.
5. l'esistenza in vita del familiare disabile alla data del .....
6. Di non aver presentato nessun'altra richiesta di analogo contributo presso altro Comune

Allega alla presente:

- Copia documento di identità o di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del caregiver

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" i seguenti documenti:

- Copia del verbale di disabilità grave (art. 3, c. 3 L.104/92) e/o verbale di invalidità al 100%, ai sensi della legge n. 18 dell'11 febbraio 1980, di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili
- Dichiarazione modalità di pagamento su cui accreditare il contributo (Allegato A).

#### **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sig./La sig.ra \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati inclusi

quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_