

**AL COMUNE DI SANTADI
AREA AMMINISTRATIVA E ALLA PERSONA
SETTORE SERVIZI SOCIALI
SEDE**

OGGETTO: Programma “Ritornare a casa” L.R. n. 4/2006 – art. 17. Richiesta di predisposizione di un progetto personalizzato.

Il/la sottoscritt_____

Nat_ a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ Tel _____

C H I E D E

Per se

In qualità di:

CONIUGE

FIGLIO/A

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE (allegare copia del Decreto in corso di validità)

ALTRO (specificare _____)

Del/della Sig. /Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a SANTADI in via _____ n. _____

Tel _____ C.F. __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

La predisposizione di un Progetto Personalizzato relativo al Programma **“Ritornare a casa”** di cui all’art. 17, comma 1, L.R. 4/2006.

A tal fine allega la seguente documentazione:

Fotocopia della tessera sanitaria e del documento di identità in corso di validità del dichiarante e del destinatario;

Certificazione ISEE ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013, art. 14;;

Modulo di richiesta di Valutazione Multidimensionale della ASL n. 7;

Relazione Sanitaria e Scheda di valutazione Mutdimensionale da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità connesse all’attivazione del Programma “Ritornare a Casa” e la comunicazione degli stessi agli Enti Sanitari interessati in conformità al D.Lgs. n. 196/2003.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____