



Allegato 2- Modulo Istanza Livello Assistenziale Dimissioni Protette

*Spett.le Ambito Plus di \_\_\_\_\_*

*Spett.le PUA del Distretto di \_\_\_\_\_*

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ cod.fisc. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di accedere al Livello Assistenziale Dimissioni Protette,

- per sé stesso;
- per il/la sig. \_\_: \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 domiciliat\_ a (indicare solo se diverso da residenza) \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di sua **figura di riferimento** (indicare di seguito la natura della relazione esistente): \_\_\_\_\_

**Allega i seguenti documenti:**

- ISEE socio sanitario di cui al DPCM n.159/2013 relativo all'anno corrente;
- dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e di Atto Notorio (vedi modulo retrostante);
- copia del provvedimento di nomina, estratto /copia del ricorso per la nomina del rappresentante legale;
- certificazione sanitaria dimissioni protette rilasciata da Unità Operativa Ospedaliera di ricovero;
- documento di identità in corso di validità del dichiarante e del destinatario se persona diversa;
- Altro \_\_\_\_\_

**Dichiara di aver preso visione e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa Privacy) di cui all'art. 13 del Reg.UE 679/2016.**

DATA E FIRMA

\_\_\_\_\_



Allegato 2- Modulo Istanza Livello Assistenziale Dimissioni Protette

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO**

(Art. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione e di uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R N° 445 del 28 Dicembre 2000:**

- in qualità di **destinatario del progetto**;
- in qualità di **figura di riferimento** del sig/ra.....  
(indicare di seguito la natura della relazione esistente):.....

**DICHIARA**

- che la condizione economica equivalente corrisponde alla certificazione ISEE allegata;
- che l'interessato, per quanto nelle proprie capacità e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate in merito alla presente domanda, alle informazioni in essa contenute e alla procedura prevista;
- altro: .....

Medico di Medicina Generale	Nome..... Cognome..... Indirizzo..... Telefono:.....
--------------------------------	---

**Dichiara di aver preso visione e di aver compreso l’informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa Privacy) di cui all’art. 13 del Reg. UE 679/2016 .**

DATA E FIRMA

\_\_\_\_\_