



Amministrazione destinataria

Comune di Pesaro

Ufficio destinatario

U.O. Promozione sociale

## Domanda di concessione di contributo per l'intervento a favore di persone in condizione di disabilità gravissima

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

### in qualità di

Ruolo

- persona interessata  
 genitore  
 familiare  
 esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

### della persona interessata

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

### CHIEDE

alla Regione Marche, per il tramite del comune di residenza, il contributo per l'assistenza a favore di persone in condizione di "disabilità gravissima"

Fornito da

- genitore o familiare convivente  
 genitore o familiare non convivente  
 operatore esterno

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

che la persona disabile in condizione di disabilità gravissima

- è inserito nel percorso di istruzione e formazione scolastica

Per un totale di giorni complessivi pari a

- è inserito in un centro socio educativo riabilitativo diurno di cui all'articolo 13 della legge regionale 04/06/2018, n. 96 o in un centro di riabilitazione pubblico o privato accreditato ai sensi della legge regionale 9/12/2016, n. 21 sulla base di un piano educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA

Per un totale di giorni complessivi pari a

- è stata ricoverata presso strutture ospedaliere

Per un totale di giorni complessivi pari a

per i seguenti periodi

Dal	Al

- che la persona in condizione di disabilità gravissima non beneficia dei seguenti contributi
- del contributo regionale relativo al progetto vita Indipendente
  - del contributo regionale relativo all'intervento "riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica"
  - dell'assegno di cura per anziani non autosufficienti
  - del contributo regionale relativo all'intervento a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla decreto della giunta regionale 08/10/2019, n.475

#### coordinate del conto corrente

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

Banca	Codice IBAN

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati (specificare)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Pesaro

Luogo

Data

Il dichiarante