



Il/la sottoscritto/a .....

in qualità di (*barrare la casella corrispondente alla situazione*):

- diretto interessato** (*dati anagrafici riportati in riquadro 1*)  
 **persona di riferimento** (*dati anagrafici riportati in riquadro 2*)

Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità:

## DICHIARA

1. Di **PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO ALLA VALUTAZIONE** al fine di consentire all'Azienda per i servizi sanitari (ASS) di accertare il possesso dei requisiti indicati all'articolo 2, comma 1 DPRreg 201/2012 (Regolamento SLA) e di attribuire la classe di bisogno assistenziale secondo quanto previsto nel medesimo comma, mediante l'utilizzo dello strumento di cui all'allegato A del Regolamento SLA e il software predisposto dall'Ente delegato\*\*;
2. Di **PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO ALLA SEGNALEAZIONE** all'Ente delegato, al fine di poter partecipare alla procedura per la formazione della graduatoria dei beneficiari redatta con le modalità di cui all'allegato B del Regolamento SLA;
3. Di essere a conoscenza che:
  - la valutazione di cui al punto 1) non comporta automaticamente la segnalazione all'Ente delegato; tale segnalazione avverrà solo qualora l'ASS accerti il possesso dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 1 Regolamento SLA;
  - la segnalazione all'Ente delegato non comporta necessariamente l'attribuzione del contributo; la formazione della graduatoria e l'individuazione dei beneficiari sono effettuate dall'Ente delegato secondo le modalità stabilite dal Regolamento SLA, previa verifica della completezza e della congruità della documentazione e delle informazioni acquisite;
  - beneficiario dei contributi le persone inserite nella graduatoria fino a capienza delle risorse disponibili;
  - ciascun anno, in occasione della tornata selettiva del terzo quadrimestre, la graduatoria generale viene riformulata secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 5 Regolamento SLA;
  - l'importo del contributo concesso in continuità è rideterminato a seguito di aggravamento e quale esito dell'applicazione, se dovuta, delle decurtazioni previste dall'articolo 5;
  - il contributo è altresì ricalcolato a seguito del variare del numero dei figli del beneficiario che siano a carico e non abbiano compiuto il ventunesimo anno di età e della mutata situazione ISEE, accertata una volta all'anno in occasione della tornata selettiva del terzo quadrimestre;
  - in **caso di ricovero**, che la mancata dimissione entro il giorno precedente a quello dell'approvazione della graduatoria comporta il diniego del beneficio;
4. Che: (*barrare la casella corrispondente alla situazione*)
  - NON ci sono, a carico nel nucleo familiare, figli della persona affetta da SLA con meno di ventuno anni di età;
  - ci sono, a carico nel nucleo familiare, n. .... (*indicare il numero*) figli della persona affetta da SLA con meno di ventuno anni di età.

5. Di: *(barrare la casella corrispondente alla situazione)*

NON beneficiare per l'anno 2012 del Fondo per l'autonomia possibile (FAP) di cui all'articolo 41 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);

beneficiare per l'anno 2012 del Fondo per l'autonomia possibile (FAP) di cui all'articolo 41 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), ammontante in euro ..... *(indicare l'importo riferito all'intero anno 2012).*

6. **Di segnalare**, ai sensi dell'art. 7, comma 1 Regolamento SLA, all'Ente, al distretto sanitario e al SSC di appartenenza ogni condizione comportante **il venir meno dei requisiti di accesso al beneficio o la riduzione del suo importo.**

7. Di consentire, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, il trattamento e l'utilizzo dei dati personali raccolti e trasmessi (anche con strumenti informatici) per il tramite dell'Azienda per i servizi sanitari territorialmente competente, esclusivamente nell'ambito e per le finalità necessarie all'attuazione del Regolamento SLA.

Inoltre, il/la sottoscritto/a chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:  
*(compilare solo se recapito diverso da quello indicato precedentemente)*

COGNOME E NOME .....

COMUNE DI RESIDENZA ..... (PROV. ....)

VIA/PIAZZA ..... N. .... CAP 

--	--	--	--	--

Infine, **in caso di esito positivo del procedimento di selezione**, il/la sottoscritto/a si impegna a fornire all'Ente delegato tutti i dati utili alla liquidazione del contributo d'interesse (nominativo del percettore delle somme, modalità di erogazione comprensive del numero di c/c, coordinate bancarie, ecc.).

Luogo e data .....

**Firma** .....

\*\* Azienda per i servizi sanitari n. 5 "Bassa Friulana" - Area Welfare.