

RICHIESTA ATTESTAZIONE DELLA CONDIZIONE DI SVANTAGGIO AI FINI DELL'ASSEGNO D'INCLUSIONE EX DM 154/2023 (AREA SALUTE MENTALE)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. (____)
residente a _____ CAP _____ prov. (____)
via/piazza _____ n. _____
tel. _____ email _____
doc. d'identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

Consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

IN QUALITÀ DI (barrare la voce interessata)

- titolare della documentazione
- persona delegata (allegare delega)
- genitore esercente la responsabilità genitoriale (allegare delega e dichiarazione sostitutiva)
- tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare atto di nomina)

CHIEDE

- il rilascio dell'attestazione della condizione di svantaggio ai fini dell'accesso all'ADI (Assegno d'Inclusione) ai sensi dell'articolo 3, comma 5 del dm 154/2023 categoria A

INTESTATA A (Cognome e Nome) _____ nato/a il _____

CONSEGNA DOCUMENTAZIONE

- Ritiro allo sportello del CSM di _____
- Spedizione all'indirizzo email _____
- Spedizione all'indirizzo PEC (posta elettronica certificata) _____
- Spedizione all'indirizzo sopra riportato
- Spedizione a:
Cognome e Nome _____ Via _____ n. _____
Comune di _____ (____) CAP _____
- DELEGA al ritiro della documentazione il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a il _____ **che si presenterà al ritiro esibendo un proprio documento d'identità e copia del documento d'identità del delegante.**

L'Azienda ULSS n 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.aulss2.veneto.it in quanto applicabile.

Luogo, data _____

Firma
