



AL COMUNE DI.....

Comune di Barlassina

Comune di Ceriano Laghetto

Comune di Co'loate

Comune di Giussano

Comune di Giussano

Comune di Lentate sul Seveso

Comune di Meda

Comune di Misinto

Comune di Seregnio

Comune di Seveso

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

ALLEGA

- ☐ verbale invalidità al 100%
- ☐ certificazione ISEE familiare inferiore o uguale ad € 12.500,00

Data _____

Firma _____

ESPRESSIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*,

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che il **signor/ra** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

- ☐ FAMILIARE
- ☐ TUTORE
- ☐ CURATORE
- ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 740 del 27/09/2013, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____