

I miei dati

☐ Socio ordinario ☐ Socio straordinario ☐ Socio aggregato (barrare la casella per indicare tipo Socio)

nome _____ cognome _____

CF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

chiedo

☐ per me

☐ per il familiare a carico:

nome _____ cognome _____

nato a _____ il ____/____/____ CF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

l'accesso alle prestazioni per le persone con disabilità ai sensi dell'articolo 3.3 del Piano sanitario

☐ prima iscrizione

☐ aggiornamento per visita di revisione

☐ proroga della scadenza per 12 mesi con riserva di fruizione, in attesa della visita di revisione, del diritto alle prestazioni con verifica successiva di permanenza dei requisiti per l'accesso alle stesse e consapevole che la certificata mancanza dei requisiti per l'accesso o l'omessa comunicazione entro 24 mesi comporta l'obbligo di restituzione degli importi percepiti.

e dichiaro che l'assistito appartiene a una delle categorie seguenti: (barrare la categoria interessata)

☐ soggetto con invalidità pari al 100%

☐ soggetto con indennità di accompagnamento

☐ soggetto di età inferiore agli anni 18, riconosciuto invalido civile, in relazione a difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età

☐ cieco assoluto

☐ sordomuto

☐ soggetto in possesso del riconoscimento della legge 104/92

☐ soggetto di età fino a 40 anni in possesso del riconoscimento delle legge 104/92

Allego la certificazione: (non sono ammesse copie parziali o con omissis)

_____ rilasciata il ____/____/____

_____ rilasciata il ____/____/____

_____ rilasciata il ____/____/____

luogo e data _____

Consenso al trattamento dei dati personali - artt. 6, 7, 8 e 9 del Regolamento UE 2016/679

Dichiaro di avere preso visione e di avere compreso l'Informativa Privacy (pubblicata nell'Area riservata Fisideweb) ed esprimo il mio consenso consapevole al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo le modalità, finalità e limiti di cui alla sopra richiamata informativa.



il Socio (firma leggibile)

l'avente diritto se maggiorenne
(firma leggibile)

il Tutore/Amm. Sost./Procuratore
(firma leggibile)

In caso di **Tutore** o **Amministratore di Sostegno**, è necessario allegare: **1.** copia dell'atto di nomina del giudice e **2.** copia del verbale di giuramento presso il giudice tutelare. In alternativa allegare copia dell'estratto di nascita con annotazione a margine della tutela.

In caso di **Procuratore**, è necessario allegare copia dell'atto notarile di procura.