



**A.S.L. VC**

Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli

**MODULO**

Domanda contributi SLA  
(DISVC.MO.1198.00).odt

pag1/3

**Al Distretto Sanitario di VERCELLI**  
**Azienda Sanitaria Locale "VC"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in qualità di:     diretto interessato     tutore     amministratore di sostegno

chiede

contributo economico a sostegno della domiciliarità per le persone adulte affette da SLA e da altre malattie del motoneurone

ricovero temporaneo in struttura residenziale

**ai sensi della D.G.R. n. 23-3624 del 28.3.2012**

Stesura: Dr. F. Crestani - Distretto  
Vercelli - 18/7/12

Verifica: Prof. M. Panella Direttore  
Distretto VC - 19/7/12

Autorizzazione: Prof. M. Panella  
Direttore Distretto VC - 19/7/12

Emissione: Prof. M. Panella Direttore  
Distretto VC - 19/7/12

*QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.*



**SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

**IL SIG./ LA SIG.RA** \_\_\_\_\_

in qualità di:

- convivente (specificare) .....
- prossimo congiunto (specificare grado di parentela) .....
- altro(specificare) .....

chiede

- contributo economico a sostegno della domiciliarità per le persone adulte affette da SLA e da altre malattie del motoneurone
- ricovero temporaneo in struttura residenziale

**ai sensi della D.G.R. n. 23-3624 del 28.3.2012**

a favore di

Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

A tal fine:

- *Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.*
- *Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgv. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria del Distretto sanitario.*

**COMUNICA CHE**

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

riceve o ha ricevuto interventi da:

Servizio sanitario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quale
Servizio sociale <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quale

Allega alla presente domanda la Certificazione di Stadiazione predisposta dal Centro Esperto SLA dell'Azienda Universitaria Ospedaliera \_\_\_\_\_.

**CHIEDE CHE**

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via / piazza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**CONSENSO**

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy 2003, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma dell'operatore che riceve la  
domanda)**N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva  
comunicazione alla segreteria del Distretto Sanitario al seguente numero telefonico:****0161.59.31.35 (Segreteria Settore Fragilità)****nei seguenti orari:****dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,30,****e dalle ore 13,30 alle ore 15,30**