

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI
FAMIGLIA**
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ Il _____

Codice fiscale _____

in qualità di:
beneficiario dell'istanza per Assegno di cura/Contributo di cura per persone affette da disabilità gravissima

richiedente per conto di:

(cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.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.

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra

residente in Via/Piazza _____ n.

Comune _____ CAP _____

è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data, _____

Firma

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa, ai sensi ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, 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, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679, i dati saranno conservati per il tempo necessario al completamento del procedimento e in ogni caso, in coerenza con le norme vigenti in materia, saranno comunicati verranno comunicati, come richiesto e/o previsto, ai singoli gestori che opereranno come responsabili per il trattamento connesso all'erogazione dei servizi di propria competenza 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, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario RM 6/3.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Marino, Capofila del Distretto Socio-Sanitario, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/la sottoscritta, alla luce dell'informativa ricevuta, con la sottoscrizione del presente modulo, **ACCONSENTE** al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa sopra riportata., per le finalità di cui all'Avviso Pubblico Aperto Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima, ai sensi della DGR n. 104/2017 Regione Lazio.

Luogo e data, _____

Firma