

**FONDO GRAVISSIMI**  
**MODULO PER IL CONSENSO ALLA SEGNALAZIONE**  
ai sensi del comma 2, art. 3 DPR. 247/2009 e succ. mod.

1. Dati relativi alla **PERSONA SEGNALATA**

COGNOME E NOME .....

LUOGO DI NASCITA ..... DATA DI NASCITA .....

CODICE FISCALE ..... COMUNE DI RESIDENZA .....

(PROV.).....VIA/PIAZZA..... N ..... CAP .....

PERSONA ATTUALMENTE: (*barrare la casella corrispondente alla situazione*)

**A DOMICILIO**

**RICOVERATA** IN OSPEDALE O STRUTTURA RESIDENZIALE CON PREVISIONE DI PROSSIMA DIMISSIONE.

2. Dati relativi alla **PERSONA FACENTE LE VECI** (compilare **solo se** il firmatario è diverso dalla persona segnalata):

(*tutore, curatore, procuratore, amministratore di sostegno, genitore di minore, coniuge, familiare o convivente civilmente obbligato*)

COGNOME E NOME .....

LUOGO DI NASCITA ..... DATA DI NASCITA .....

CODICE FISCALE ..... COMUNE DI RESIDENZA .....

(PROV.).....VIA/PIAZZA..... N ..... CAP .....

Il/la sottoscritto/a .....

in qualità di (*barrare la casella corrispondente alla situazione*):

**persona segnalata** (*dati anagrafici riportati in riquadro 1*)

**persona facente le veci** (*dati anagrafici riportati in riquadro 2*)

Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità:

## DICHIARA

Di **PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO ALLA SEGNALAZIONE** al fine di poter partecipare alla selezione per la formazione della graduatoria dei beneficiari ai sensi dell'art 4, comma 1, lett. b) DPRReg. 247/2009.

Di essere a conoscenza che la selezione dei casi da ammettere a beneficio è effettuata dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali con il supporto della commissione consultiva di esperti nominata con decreto del Vicedirettore centrale salute e protezione sociale n. 889 del 22 settembre 2009, e dell'Area Welfare di Comunità dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, previa verifica della sussistenza dei requisiti di gravità e diagnosi di cui all'art. 2 DPRReg. 247/2009.

Di essere, inoltre, a conoscenza che la sottoscrizione del presente consenso non comporta necessariamente l'attribuzione del contributo.

Di essere a conoscenza, **in caso di ricovero**, che la mancata dimissione entro il giorno precedente a quello dell'approvazione della graduatoria comporta l'esclusione dal procedimento di selezione.

Di consentire, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, il trattamento e l'utilizzo dei dati personali e sensibili raccolti mediante gli strumenti messi a disposizione o indicati dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali e trasmessi (anche con il supporto di strumenti informatici) per il tramite dell'Azienda per i servizi sanitari territorialmente competente, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Di: *(barrare la casella corrispondente alla situazione)*

**allegare copia della documentazione relativa all'ISEE** del proprio nucleo familiare in corso di validità alla data del **30 marzo dell'anno in cui viene fatta la segnalazione**

**impegnarsi a fornire** all'Azienda per i Servizi Sanitari territorialmente competente entro il termine perentorio del **30 aprile dell'anno in cui viene fatta la segnalazione** la documentazione relativa all'ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità al momento della consegna, pena l'esclusione dal procedimento di selezione

Infine, **in caso di esito positivo del procedimento di selezione**, il/la sottoscritto/a si impegna a fornire all'Ente Gestore del servizio sociale dei comuni territorialmente competente (Ambito sociale) tutti i dati utili alla liquidazione del contributo d'interesse (nominativo del percettore delle somme, modalità di erogazione comprensive dell'eventuale n. di c/c, coordinate bancarie, ecc.).

Luogo e data .....

Firma.....