

Oggetto: Censimento per persone in condizioni di disabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/1992.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ C.F. _____ e residente in
_____ alla Via _____ telefono
_____ email _____

DICHIARA

- Di essere affetto da disabilità riconosciuta ai sensi della legge n. 104/92;
- In qualità di _____ che la persona disabile di seguito indicata è affetta da
disabilità riconosciuta ai sensi della legge n. 104/92:

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ il
_____ C.F. _____ e residente in
_____ alla Via _____ telefono
_____ email _____

- Che la persona di cui sopra percepisce indennità di accompagnamento di cui alla Legge 18/1980;
- Che la persona di cui sopra **NON** percepisce indennità di accompagnamento di cui alla Legge 18/1980;

Allega alla presente istanza:

- Certificato di riconoscimento della disabilità di cui alla legge n. 104/92;
- Decreto attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge 18/1980;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità della persona con disabilità;
- ISEE in corso di validità.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto _____, in forza del combinato disposto del GDPR (Reg. UE 2016/679, in vigore dal 25.05.18) e del Decreto Legislativo n. 51/2018 e del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice della privacy), con la presente autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti in questo documento. Confermo, altresì, di essere informato/a dell'esistenza del diritto di revocare il consenso ai sensi dell'art. 7 del citato Regolamento e di aver ricevuto l'informativa che precede.

Si precisa che i presenti dati saranno utilizzati esclusivamente per la procedura de quo.

Luogo e data _____

FIRMA
