

Modulo per la domanda  
(compilazione da parte di terzi)

**AL DIRETTORE DELL'AZIENDA  
SANITARIA TERRITORIALE  
DI ANCONA**

Oggetto: Istanza di accesso al contributo regionale per il riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale, ai sensi della DGR n. 127 del 14.02.2023.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Familiare (grado di parentela) .....

- Esercente tutela (*tutore, curatore, amministratore di sostegno*) .....

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 46, 47, 76 e 77 del DPR 445/2000, e consapevole che le false dichiarazioni, le falsità negli atti e l'esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti al vero sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ ha ottenuto il riconoscimento di disabilità in situazione di gravità, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992, rilasciato dalla Commissione Sanitaria dell'Azienda Sanitaria Territoriale di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ è in possesso della certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la sussistenza di malattia rara e relativo codice di classificazione ai sensi dell'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017;

- che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ è in condizione di ventilazione e/o nutrizione artificiale come certificato dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale;
- che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ ha già beneficiato nell'anno 2022 del contributo regionale in favore delle persone affette da malattia rara;
- che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ non beneficia del contributo regionale previsto per il progetto "Vita indipendente" di cui alla L.R. 21/2018;
- che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ non beneficerà del contributo regionale per la "Disabilità gravissima" di cui al D.M. 26/09/2016 relativo al Fondo Nazionale per la non Autosufficienza annualità 2023;
- che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ non beneficerà del contributo regionale in favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) per l'anno 2023;
- che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ non è ospite di strutture residenziali o semi residenziali di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate pubbliche o private;

### CHIEDE

in nome e per conto di:

nome e cognome \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

di poter accedere al contributo regionale per il riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale, ai sensi della DGR n. 127 del 14.02.2023.

Data e luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

**ALLEGATI ALLA DOMANDA:**

- a) Attestazione di disabilità con gravità rilasciata al minore ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92\*;
- b) Certificato di malattia rara rilasciato al minore da una struttura sanitaria pubblica attestante la sussistenza di malattia rara e relativo codice di classificazione ai sensi dell'Allegato 1 del D.M. 18 maggio 2001, n. 279\*;
- c) Certificato del Pediatra di Libera Scelta o del Medico di Medicina Generale, che ha in carico il minore, attestante lo stato di ventilazione e/o nutrizione artificiale e la data di inizio;
- d) Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del richiedente e di colui che ne fa le veci.

*\*La documentazione non va allegata da parte di coloro che hanno già beneficiato del contributo nell'anno*

**Informativa sulla protezione dei dati personali**

**ai sensi degli articoli 13 e 14 – Regolamento europeo 2016/679 (GDPR)**

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento europeo 2016/679 (GDPR) ai fini dell'emanazione del provvedimento a seguito dell'istanza presentata a codesto Ente.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_