

riconoscimento di un voucher giornaliero, spendibile presso RSD/CSS accreditate di Regione Lombardia, in possesso dei requisiti previsti per la stessa;

in favore del minore:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Domiciliato a _____ in Via _____

Cittadinanza _____ Sesso: Maschio Femmina

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tessera Sanitaria N. _____

Possesso di invalidità civile: Sì NO In corso

Pediatra di Famiglia/MMG Dott/Dott.ssa _____ Tel _____

Specialisti di riferimento Dott/Dott.ssa _____ Tel _____

Eventuale frequenza scolastica:

Nido Scuola dell'infanzia Scuola Primaria
 Scuola Secondaria di primo grado Altro _____

Se si tratta di una richiesta di ricovero di sollievo temporaneo, specificare il periodo richiesto _____

Attualmente è **ricoverato**: Sì NO

presso _____

dal _____ (indicare data ricovero)

Operatore di riferimento _____

recapito telefonico _____

NUCLEO FAMILIARE:

PADRE: Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ (Prov/Stato____) il _____

Residente a _____ in Via/P.zza _____

CAP _____ Provincia _____ Cittadinanza _____ Professione: _____

Convivente con il minore: SÌ NO

Recapito telefonico _____

MADRE :Cognome _____ Nome _____

Nata a _____ (Prov/Stato____) il _____

Residente a _____ in Via/P.zza _____

CAP _____ Provincia _____ Cittadinanza _____ Professione: _____

Convivente con il minore: SÌ NO

Recapito telefonico _____

ALTRI FIGLI:

Cognome _____ Nome _____ Età _____

Convivente con il minore SÌ NO

Cognome _____ Nome _____ Età _____

Convivente con il minore SÌ NO

Altre persone che aiutano nella gestione del minore: NO SÌ (specificare)

Il minore e/o la famiglia sono in carico ad **altri Servizi e/o Enti?**: SÌ NO

Se SÌ specificare quali:

Servizio _____ Nominativo Referente: _____ Tel: _____

Servizio _____ Nominativo Referente: _____ Tel: _____

Servizio _____ Nominativo Referente: _____ Tel: _____

Il minore beneficia di altre misure e/o sperimentazioni regionali (es: Misura B1, B2, sperimentazioni ex DGR n.3239/2012, ecc.): NO SI (specificare: _____)

A TAL FINE DICHIARA DI

- autorizzare l'ATS a condividere con tutti gli Enti preposti (quali ASST/Comune di residenza, eventuali Specialisti/Enti identificati nella presente domanda) le informazioni rese ai fini della processabilità della richiesta di accesso alla misura;
- essere consapevole/i delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, e che quanto contenuto nella presente domanda corrisponde al vero.

ALLEGA INOLTRE

- Documentazione medica riferita al minore (es. documentazione rilasciata a seguito di ricovero ospedaliero, di visita ambulatoriale, etc), se già in possesso;
- Copia del documento di identità del minore e del/dei richiedente/i in corso di validità;
- Copia dell'eventuale decreto di esercizio della responsabilità genitoriale, di nomina del tutore, curatore, ente affidatario;
- Relazione sociale, se già in possesso.

Luogo e data _____

Firma del/dei richiedente/i:

Padre _____

Madre _____

Tutore/Curatore/Ente affidatario _____

AVVERTENZE: L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000). Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i., si informa che i dati personali forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento in oggetto.