

Al Distretto Socio Sanitario D 47

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

OGGETTO: Disabilità grave – Richiesta attivazione Patto di Servizio, secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R. n. 589 del 31 agosto 2018 .

Il/La sottoscritto/a (Nome e cognome del richiedente)....., consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:

- nat a _____ il ____/____/____;
- residente a _____ in via _____ n. _____;
- codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____;
- tel. _____ cell. _____;
- email _____

CHIEDE

☐ PER SE STESSO

OPPURE:

☐ IN QUALITÀ DI FAMILIARE GAREGIVER (_____)

☐ TUTORE /PROCURATORE/ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (allegare provvedimento di nomina)

Per il/La Disabile _____ (cognome) _____ (nome)

- nat a _____ il ____/____/____;
- residente a _____ in via _____ N. _____;
- codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____;
- tel. _____ cell. _____;
- email _____

l'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza della disabilità grave per la predisposizione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018

A TAL FINE DICHIARA

- 1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
- 2) Di aver preso visione dello schema di Patto di Servizio, allegato alla presente istanza;

Allega alla presente:

- ☐ Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- ☐ Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se diverso dal beneficiario;
- ☐ Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- ☐ Schema del patto di servizio compilato e firmato ad esclusione del punto n.3
- ☐ Copia della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3 ;
- ☐ ISEE Socio Sanitario in corso di validità (**SOLO PER I MAGGIORENNI**)

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, Il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e s.m.i., che qui si intende interamente richiamata.

li _____

Il RICHIEDENTE