

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

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale
SEDE

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscritt _____

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 _____

di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

In qualità di beneficiario/familiare o di rappresentante legale (specificare il titolo)

CHIEDE PER IL (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Del/la Sig.ra _____

Nat ____ a _____ il _____

Di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

L'attivazione 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 impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di servizio di cui all'art.3, comma 4, lett. b) del D.P. n.589/2018.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- Certificazione ISEE socio-sanitaria (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nel 2019.

Ai fini dell'aggiornamento del censimento delle persone in condizione di disabilità grave e gravissima (minori e non) dichiara:

- Che il sottoscritto nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____ tel. _____ è affetto da disabilità gravissima riconosciuta ai sensi dell'art.3 del Decreto Ministeriale 26.09.2016;
- Che il sottoscritto nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____ tel. _____ è affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- Che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente il/la Sig./ra nato/a a _____ il _____ residente a _____ in via _____ tel. _____ affetto da disabilità gravissima riconosciuta ai sensi dell'art. 3 del Decreto Ministeriale 26.09.2016;
- Che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente il Sig./ra nata a _____ il _____ residente a _____ in via _____ tel. _____ affetto/a da disabilità grave riconosciuta ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3.

Segnare la tipologia di appartenenza

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del regolamento UE 2016/679.

IL RICHIEDENTE
