

**Al Distretto Socio Sanitario D27**

**c/o il Comune di \_\_\_\_\_**

**Ufficio Servizi Sociali**

**OGGETTO:** Istanza per la richiesta di interventi in favore di soggetti in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/92. Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R.S. n. 589/Gab. Del 31/08/2018.

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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

pec \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**SOGGETTO BENEFICIARIO**

**(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario)**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L'ammissione agli interventi in favore dei disabili gravi con l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018**

A TAL FINE, 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, sotto la propria responsabilità,

## DICHIARA

- 1) Che il soggetto beneficiario è disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- 2) di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione;

Allega alla presente la sottoelencata documentazione, così come previsto dall'Avviso:

- copia documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;

Allega altresì alla presente, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", la seguente documentazione:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3.
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato
- Attestazione Isee, corredata da DSU, in corso di validità (**fatta eccezione per i disabili minori**)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alle procedure di cui all'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D27, ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30.06.2003, n. 196 e del GDPR n. 679/2013 -Regolamento Europeo sulla Privacy L'interessato può far valere nei confronti dell' A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D.L gs. N.196/03 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy".

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE  
\_\_\_\_\_