

Al Distretto Socio Sanitario D3

Uffici Servizi Sociali

COMUNE DI

OGGETTO: Disabilità grave – Istanza di attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 589/2018

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____
_____ residente nel Comune di _____ Via/Piazza _____ n. _____
_____ telefono _____ e-mail _____

in qualità di:

- ☐ beneficiario;
- ☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale;
- ☐ tutore;
- ☐ amministratore di sostegno;
- ☐ altro (specificare) _____

del/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____
_____ residente nel Comune di _____ Via/Piazza _____ n. _____
_____ appartenente al Distretto Socio-Sanitario D3

CHIEDE

la predisposizione del Patto di Servizio, ai sensi dell'art. 3, comma 4, lett. b), del D.P.R.S. n. 589/2018, finalizzata all'accesso agli interventi e ai servizi previsti dalla normativa vigente in favore delle persone con disabilità grave.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- ☐ che il beneficiario è residente nel Comune di _____ appartenente al Distretto Socio-Sanitario D3;
- ☐ che il beneficiario è in possesso del riconoscimento della condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992;
- ☐ che quanto dichiarato nella presente istanza corrisponde al vero;

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione relativa ai requisiti dichiarati.

SI ALLEGA alla presente:

- copia fronte retro del documento di identità del richiedente in corso di validità;

In busta chiusa i seguenti documenti:

- certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- verbale attestante il riconoscimento della disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992§;
- eventuale provvedimento di nomina del tutore o dell'amministratore di sostegno;
- Patto di Servizio debitamente compilato e sottoscritto (ad eccezione del punto 3).

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene resa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Luogo e data _____

Firma del richiedente