

Modello di Domanda

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

Al Distretto Socio-Sanitario D13

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

SEDE

Soggetto richiedente

Il/La sottoscritta _____

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
caregiver o rappresentante legale(specificare il titolo) _____

CHIEDE PER IL(da compilare solo in caso di caregiver o amministratore di sostegno/tutore)

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 lett b) del D.P. n. 589/2018

A TAL FINE DICHIARA

- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):
 - Non usufruisce di altri servizi ;
 - Usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da _____
- Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104;
- Di essere consapevole che l'erogazione dei servizi territoriali è subordinata alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

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;
- Attestazione ISEE Socio-Sanitario (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2020.

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

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge 104/1992, art.3 comma 3.

Il richiedente è informato ed autorizza la raccolta dei dati della presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della pubblica Amministrazione, ai sensi della L. 196/2013 e D.Lgs n. 51/2018.

IL RICHIEDENTE
