Comune di Milazzo protocollo in interno n. 0075097 del 15-09-2022

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 letta 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,

COMUNE DI PACE DEL MELA - ME PROT. 0014528 DEL 16-09-2022 IN arrivo CAT7 CL.15 FASCICOLO

Comune di Milazzo protocollo in partenza n. 0075288 del 15-09-2022

Comune di Milazzo protocollo in interno n. 0075097 del 15-09-2022

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

_____

COMUNE DI PACE DEL MELA - ME PROT. 0014528 DEL 16-09-2022 IN arrivo CAT7 CL.15 FASCICOLO

Comune di Milazzo protocollo in partenza n. 0075288 del 15-09-2022