

Al Distretto Socio Sanitario 39 - Capofila Bagheria
per il tramite del Comune di _____

Oggetto: Istanza per la richiesta di attivazione Patto di Servizio in favore di soggetti disabili gravi, di cui dell'art. 3 c. 3 L.104/1992

Soggetto richiedente

Il/La sottoscritto/a _____
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 :
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
codice fiscale _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____
in qualità di _____

**CHIEDE di accedere all'erogazione del beneficio ai soggetti disabili gravi
(DRS n. 1664 del 11.12.2020 Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro)
per il (da compilare solo in caso di familiare convivente/amministratore di sostegno/tutore)**

Soggetto beneficiario

Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____, codice
fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

previa verifica da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale del DSS39, che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza e **previa sottoscrizione del Patto di Servizio** in favore del soggetto beneficiario, sopra generalizzato, che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

A tal fine,

DICHIARA

- che il beneficiario è in possesso della certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104.
- che il beneficiario (barrare la casella interessata):
 - non usufruisce di altri servizi;
 - usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da _____

Allega alla presente:

- Certificazione di riconoscimento della disabilità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
- Certificazione ISEE Socio-Sanitario in corso di validità;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante e del beneficiario;
- Copia provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore, ove richiedenti.

La Sig.ra/Il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. n. 196/2003 e smi, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione. I dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art.19 del D.Lgs. n. 196/2003 e smi.

L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione i diritti di cui all'art.7 esercitato ai sensi degli artt.8, 9 e 10 del D.Lgs. n.196/2003 e smi.

Il Richiedente