



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

**Spett.le Comune  
Ufficio di Servizio Sociale  
VALLELUNGA PRATAMENO**

**Soggetto richiedente:**

Il/La Sottoscritt \_\_\_\_\_

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 delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo):

\_\_\_\_\_

**CHIEDE PER IL** *(da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)*

**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.

**DICHIARA, altresì:**

- 1°) - Che il beneficiario è disabile " Grave " non autosufficiente, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
- 2°) - Di aver preso visione del " Patto di Servizio " allegato all'Avviso Pubblico dell'8/3/2019, impegnandosi, sin d'ora, alla relativa accettazione e sottoscrizione prima dell'attivazione dei servizi.

Allega alla presente:

- Certificazione ISEE socio-sanitaria (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata nel corso dell'anno 2019;

- Copia di un valido documento di riconoscimento e del codice fiscale del beneficiario;
- Copia di un valido documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente se trattasi di delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;  
Allega, altresì, **in busta chiusa sigillata** con la dicitura " *contiene dati sensibili* ", la seguente documentazione:
- Verbale della Commissione Sanitaria attestante la disabilità "grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92.

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.L.gs. n.196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., 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.

L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D.Lgs. N.196/03.

IL DICHIARANTE

---