



ISTANZA PER L'EROGAZIONE DELL'INTERVENTO

Disabili Gravi

D.R.S. 2758 F.N.A. Regione – Anno 2022

D.R.S. 3705 F.N.A. Regione – Anno 2023

OGGETTO: Disabilità grave D.R.S. 2758/2022 ed DRS 3705/2023 - Richiesta attivazione **Patto di Servizio** secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P.R. n.589/2018.

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:

nat ___ a _____ il _____

residente a _____

in Via _____

n. _____

Codice Fiscale _____

Cell. _____ Tel. _____

e-mail _____

Nella qualità di:

o Richiedente (soggetto disabile grave)

o Familiare (specificare il rapporto di parentela con il disabile)

o Altro (tutore, amministratore di sostegno...) _____

Del/la Sig./ Sig.ra _____

nat ___ a _____ il _____

residente a _____

in Via _____

n. _____

Codice Fiscale _____

Cell. _____ Tel. _____

e-mail _____

CHIEDE

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P.R. n. 589/2018 per l'erogazione dei servizi assistenziali di cui al decreto 1915/2022

A TAL FINE DICHIARA

1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;

2) Di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e del Patto di servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin d'ora alla sua sottoscrizione;

3) Di beneficiare di non beneficiare dei seguenti Servizi assistenziali domiciliari specificare quali: _____ Sad__ Sed__

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se diverso dal beneficiario;

Allega alla presente:

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

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- ISEE socio-sanitario in corso di validità.
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno, curatore o delegato;
- Patto di servizio

Nota bene, l'accettazione del servizio di cui sopra, esclude l'attribuzione di altri servizi Distrettuali per le medesime finalità

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, ai sensi della L. 196/2013 e D. Lgs. N. 51/2018.

_____ **li**

IL RICHIEDENTE