



ISTANZA PER L'EROGAZIONE DELL'INTERVENTO
Di Assistenza Disabili Gravi
AVVISO DEL 7/02/2025

ALLEGATO D)

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

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

**D.R.S. 2680 DEL 09.10.2024 - F.N.A. STATO Anno 2019 – Disabili
minori gravi**

**D.R.S. 2681 DEL 09.10.2024 - F.N.A. STATO Anno 2019 – Disabili
maggiorenni gravi**

OGGETTO: Istanza ALLEGATO D

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)

nome cognome _____ grado di Parentela _____

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 e che alla data odierna mantiene i requisiti previsti dall'avviso del 07/07/2024

2) [] Di beneficiare dei seguenti Servizi assistenziali domiciliari specificare quali: _____ Sad ___ Sed ___ o di essere

3) di aver presentato istanza nell'avviso del 07.07.2024 []

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