



ISTANZA PER L'EROGAZIONE DELL'INTERVENTO

Di Assistenza Disabili Gravi AVVISO DEL 7/02/2025

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

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 letta 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__
o di essere presente nella graduatoria dell'avviso del 07.07.2024

- 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