

Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto: Istanza per la richiesta di interventi in favore di soggetti in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 104/92.**

li/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

o Di essere portatore di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/1992

oppure

o In qualità di \_\_\_\_\_ (familiare di riferimento)

o In qualità di Amministratore di sostegno

o In qualità di Tutore Legale

Che il/la Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_

è affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992.

Allega alla presente istanza:

- Copia conforme all'originale della certificazione attestante la disabilità L. 104/1992 art. 3 comma 3;
- Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e/o del disabile grave).

Ai fini dell'accesso all'eventuale beneficio, dichiara di essere disponibile alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

FIRMA

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e smi (Codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA