

Al Distretto Socio Sanitario D24

Comune di _____

Oggetto: Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dal D.P.R.S 589/Gab. del 31/08/2018. Soggetti con disabilità grave certificata ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/1992 .

Soggetto richiedente

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ codice fiscale _____

residente in via _____ telefono _____

email _____

Per se stesso;

In qualità di familiare / caregiver o di rappresentante legale del beneficiario;

Soggetto beneficiario (Persona disabile ai sensi dell'art. 3 comma 3 della l. 104/92)

Adulto **Minore**

Nome _____ cognome _____

Nato/a _____ il _____ residente _____

via _____ telefono _____

email _____

CHIEDE

L'accesso al beneficio di cui in oggetto, previa verifica da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio sanitaria) che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza, e procedere all'elaborazione di un piano personalizzato previa sottoscrizione del patto di servizio in favore del soggetto beneficiario, sopra generalizzato

DICHIARA

- Di aver preso visione dell'Avviso pubblico e dello schema di Patto di servizio;
- Di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi e che gli Uffici comunali si riservano di procedere al controllo, anche a campione, circa la veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.
- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):

non usufruisce di altri servizi;

usufruisce **dei seguenti servizi** di assistenza pubblica erogati da:

-
- Di impegnarsi alla sottoscrizione del patto di servizio, di cui all'art. 3 comma 4 let. b) del D.P.R. n. 589/2018.
 - Di essere a conoscenza che i dati personali, ivi compresi quelli sensibili, conferiti con la presente richiesta, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE n. 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, saranno trattati per le finalità di cui all'avviso pubblico;

Allega alla presente richiesta:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente
- Copia ISEE socio-sanitario, in corso di validità, per il disabile grave maggiorenne;
- Copia (con diagnosi) della certificazione attestante la disabilità grave art. 3 comma 3 legge 104/1992;

Luogo e data

Firma del Richiedente
