

**ISTANZA PER L'EROGAZIONE DELL'INTERVENTO**  
**D.R.S. 1916/2022**

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

Settore Servizi e Politiche Sociali

**OGGETTO: Disabilità grave Minorenni D.R.S. 1916/2022 - 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:

- Richiedente (soggetto disabile grave)
- Familiare (specificare il rapporto di parentela con il disabile) \_\_\_\_\_
- Altro (tutore, amministratore di sostegno...) \_\_\_\_\_

Del/la Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ 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 a valere sul FNA - Decreti n° 2598/2016 e n° 1439/2016 (Disabili Gravissimi servizi SAD o SED) \_\_\_\_\_.

**Allega alla presente:**

- 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, 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;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno, curatore o delegato;
- Patto di servizio

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