

ISTANZA PER L'EROGAZIONE DELL'INTERVENTO
D.R.S. 1915/2022

Al Comune di _____

Settore Servizi e Politiche Sociali

OGGETTO: Disabilità grave Maggiorenni D.R.S. 1915/2022 - 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;
- ISEE socio-sanitario in corso di validità.
- 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