

**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 33**

**Disabili Gravi Maggiorenni**

Spett. Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OGGETTO: Disabilità grave Maggiorenni D.R.S. 1664/2020 - Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto dispostodall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018.

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscrit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

chiede per il (da compilare solo in caso di delegato/tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Sig.r a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residentea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_invia

n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale tel.

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 letta b) del D.P. n. 589/2018 in forma assistenziale: per l’erogazione dei servizi SAD e\o SED

**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 del Patto di servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione;

Allega alla presente:

* Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
* Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
* Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;

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

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell‘art.13 D.L.gs.n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all’espletamento della procedura ed è regolata dall‘art. 19.L’interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all‘art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D.L gs. N. 196/03.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_