

ALLEGATO A

AL COMUNE DI _____

SETTORE SERVIZIO SOCIALE

SEDE

OGGETTO: Disabilità grave – 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 _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

DICHIARA
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.

In qualità di:

- Genitore
- Tutore/Amministratore di sostegno
- Familiare

del soggetto minore disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge 104/92

_____ nato _____

il _____ residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

beneficiario di

- Invalidità civile
- Indennità di accompagnamento
- Assegno disabilità gravissima
- Home Care Premium
- Servizio disabili gravi

Altro _____

CHIEDE

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3 comma 4 lettera b del D.P.R.S. n. 589/2018 per ricevere:

- ASSISTENZA DIRETTA
- ASSISTENZA INDIRETTA

A TAL FINE DICHIARA

che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario e/o richiedente;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;
- Attestazione ISEE ai disabili gravi che producono un ISEE pari o superiore a € 25.000,00, le prestazioni saranno ridotte del 30%.

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura “*Contiene dati sensibili*” i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge 104/92, art. 3, comma 3.

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della normativa vigente sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

IL RICHIEDENTE
