



Al Distretto Socio Sanitario 39 - Capofila Bagheria

per il tramite del Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Istanza per la richiesta di attivazione Patto di Servizio in favore di soggetti di non autosufficienti disabili gravi "avente diritto ai sostegni" ai sensi dell'art. 3 c. 3 L. 104/1992 e ss.mm.ii.

**Soggetto richiedente**

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 :

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di accedere all'erogazione di interventi a favore di persona con disabilità per**

**LO STESSO**

Per il beneficiario di seguito indicato

_____
nato a _____ il _____
Residente in _____ via _____ n. _____
codice fiscale _____

**previa verifica da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale del DSS39**, che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza e **previa sottoscrizione del Patto di Servizio** in favore del soggetto beneficiario, sopra generalizzato, che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

A tal fine,

**DICHIARA**

- che il beneficiario è in possesso della certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi

dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

- che il beneficiario (barrare la casella interessata):

non usufruisce di altri servizi;

usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da \_\_\_\_\_

**Allega alla presente:**

- Certificazione di riconoscimento della disabilità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
- Certificazione ISEE Socio-Sanitario in corso di validità;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante e del beneficiario;
- Copia di eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore.

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.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione. 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 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione i diritti di cui all'art.7 esercitato ai sensi degli artt.8,9 e 10 del D.Lgs. n.196/2003 e ss.mm.ii.

Luogo

data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_