     

Comune di Nicosia Comune di Troina Comune di Sperlinga Comune di Capizzi Comune di Gagliano CF Comune di Cerami

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 23**

Comuni di Nicosia capofila, Troina, Capizzi, Gagliano C. to, Cerami, Sperlinga

OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto

dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018 .

**Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ufficio di Servizio Sociale**

Il/La Sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Cod.Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 portatore di disabilità grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 L. 104/1992

(da compilare solo in caso di delegato /tutore…)

* In qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (familiare di riferimento)
* In qualità di Amministratore di sostegno
* In qualità di Tutore Legale

Che il /la Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

è affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell’art. 3 comma 3 L. 104/1992

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;
* Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura *“Contiene dati personali particolari”,* 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 (fatta eccezione per i soggetti minorenni).

Ai fini dell’accesso all’eventuale beneficio, dichiara di essere disponibile alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

Il richiedente attesta di avere letto le informazioni sul trattamento dei dati personali specificate nell’avviso pubblico al paragrafo “Informativa sul trattamento dei dati personali”, fornite dal Comune di NICOSIA - ai sensi i degli artt. 13 e 14 UE n. 679/2016.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo e data)

IL RICHIEDENTE

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