



V DIPARTIMENTO
Settore Servizi Sociali

COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

Distretto Socio Sanitario D20



ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL
COMUNE DI _____
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20

L sottoscritt _____ nat_ a _____

Il ___/___/___ residente a _____ in via _____ n. _____

C. F. _____, tel. _____

email _____, oppure se impossibilitato

L sottoscritt _____ nat_ a _____ il ___/___/___

residente a _____ in via _____ n. _____

C. F. _____, tel. _____

email _____, in qualità di _____

per conto e nell'interesse del soggetto destinatario del beneficio,

CHIEDE PER

Sig./ra _____ nat_ a _____

Il ___/___/___ residente a _____ in via _____ n. _____,

C.F. _____, tel. _____

email _____,

1. La predisposizione del Patto di Servizio ai sensi del D.P. n. 589/18;
2. La continuità del servizio in corso e attesta sotto la propria responsabilità il perdurare dei requisiti di accesso al beneficio;

A TAL FINE DICHIARA

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non veritiera ai sensi del D.P.R. 445/2000,

Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104;

Allegati:

- Fotocopie del documento di identità del rappresentante legale e del beneficiario;
- Eventuale documento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- Si allega altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili":

Copia (con diagnosi) della certificazione di disabilità grave di cui alla legge 104, art. 3, comma 3.

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per la procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

Data e luogo _____

Il Richiedente
