

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL

COMUNE DI _____
DELDISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20

L sottoscritt _____ nat_ a _____
Il ___/___/___ e _____ nat_ a _____
residente a _____ in via _____ n. _____
C. F. _____, tel. _____
email _____, in qualità di genitore/rappresentante
legale degli interessi del soggetto destinatario del beneficio,

CHIEDE PER

Sig./ra _____ nat_ a _____
Il ___/___/___ residente a _____ in via _____ n. _____,
C.F. _____, tel. _____
email _____,

La predisposizione del Patto di Servizio ai sensi del D.P. n. 589/18

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, legge 104/92;

di aver preso visione dello schema del Patto di Servizio allegato alla presente istanza;

Allegati:

- Fotocopie del documento di identità del rappresentante legale e del beneficiario;
- Eventuale documento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- Schema del Patto di Servizio compilato e firmato ad esclusione del punto 2;

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
