

Distretto Socio Sanitario D47

Al Comune di _____

OGGETTO : Disabilita' grave – Richiesta attivazione Patto di Servizio allegato al D.P. n. 589/2018 del 31 agosto 2018.

Il/La sottoscritt _____

consapevole della responsabilita' penale cui puo' 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 _____ il _____

di essere residente in via _____ n. _____ Comune di _____

codice fiscale _____ cell. _____

CHIEDE

PER STESSO

per la Sig./Sig.ra Cognome e nome _____

nato a _____ il _____ e residente a _____

via/piazza _____ n. _____ codice fiscale _____

cell. _____

l'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza della disabilita' grave ai sensi del comma 3 art. 3 della Lg 104/92 da parte dell'U.V.M. per la predisposizione di un piano personalizzato e l'attivazione del Patto di Servizio allegato al D.P. n. 589/2018

A TAL FINE DICHIARA

- o Che il beneficiario e' disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Lg 5 febbraio 1992 n. 104;
- o Di aver preso visione dello schema di Patto di Servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin d'ora alla sottoscrizione dello stesso.

Allega alla presente istanza:

- 1) Fotocopia del documento di identita' in corso di validita' e il codice fiscale del beneficiario e dell'eventuale delegato;
- 2) Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Lg. 104/92 (art. 3 comma 3).
- 3) ISEE Socio Sanitario in corso di validita' , fatta eccezione per i soggetti minorenni.

La Sig.ra/Sig _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta , ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, art. 13 D.L.gs n. 196/03.

FIRMA
