

**Allegato A**

Al Distretto Socio Sanitario D 47

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

Ufficio di Servizio Sociale

**OGGETTO: Disabilità grave – Richiesta attivazione/aggiornamento Patto di Servizio, secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b del D.P.R. n. 589 del 31 agosto 2018 .**

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:

- nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,
- codice fiscale \_\_\_\_\_
- tel./cell. (obbligatorio) \_\_\_\_\_
- email /pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

PER SE STESSO

Oppure in qualità di

FAMILIARE CAREGIVER (\_\_\_\_\_)

TUTORE/PROCURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (allegare provvedimento di nomina)

Per il/la Disabile \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

- nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N.
- codice fiscale \_\_\_\_\_
- tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_
- email \_\_\_\_\_

**l'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza della disabilità grave per la predisposizione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. R. n. 589/2018**

**A TAL FINE DICHIARA**

1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104;

2) Di aver preso visione dello schema di Patto di Servizio, allegato alla presente istanza;

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/tutore, curatore o delegato;
- Schema del patto di servizio compilato e firmato ad esclusione del punto n.3;
- Copia della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3 ;
- ISEE Socio Sanitario, nucleo ristretto, in corso di validità ( SOLO PER I MAGGIORENNI)

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

La Sig.ra/il 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, sul trattamento e sulla protezione dei dati personali, che qui si intende interamente richiamata.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

## PATTO DI SERVIZIO

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 della L.R. n. 8/17 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_ appartenente al \_\_\_\_\_  
Distretto Socio- Sanitario di \_\_\_\_\_

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Sociosanitari;
- censito dal Distretto Sociosanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente competente;
- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della L. n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con D.P.R. n. 589 del 2018 esecutivo dell'articolo 9 della l.r. 8/2017 e s.m.i.; ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.;

### DICHIARA

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

---

---

---

---

2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario", nucleo ristretto, è:

- INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui;
- SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui;

3. di accettare i seguenti servizi:

---

---

---

---

4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Socio Sanitario/Comune di Residenza per l'erogazione del servizio;

5. di accettare quanto di seguito descritto:

- il Distretto Socio Sanitario/Comune di residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile;
- nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Servizio, il Distretto Socio Sanitario/Comune di residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione dei servizi;
- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza ogni variazione di domicilio.

Firma

---

La Sig.ra/ il 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, e di trattamento e protezione dei dati personali che qui si intende interamente richiamata.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

---