

AI DISTRETTO SS. 41  
C/O SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE  
DI \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D:P: n. 589/2018

Soggetto richiedente

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

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 \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

e in qualità di beneficiario o di familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo):

\_\_\_\_\_

### CHIEDE

PER IL Soggetto beneficiario (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

Il/La \_\_\_\_\_ Sig./ra \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_

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

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. 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) Che il beneficiario è in condizioni di dipendenza vitale, con necessità di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche;
- 3) Di aver preso cognizione di quanto stabilito nell'avviso pubblico e di non aver nulla a pretendere nel caso in cui non dovesse accedere alle prestazioni richieste;
- 4) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin da ora, qualora ne ricorrano le condizioni, alla sottoscrizione .

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;
- certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) in corso di validità.
- verbale della commissione, con diagnosi, attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92;
- certificato medico specialistico di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che abbia in carico il paziente, attestante le condizioni di dipendenza vitale, con necessità di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche;
- consenso trattamento dati.

Data e Luogo \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_