



OGGETTO: Richiesta attivazione " *Patto di Servizio* " in favore di soggetti con Disabilità "Grave" non autosufficienti, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5/2/1992, n. 104. Attuazione art. 3, comma 4, lett. b), del D. P. n. 589/2018.

**Spett.le** **Comune**  
**Ufficio Servizi Sociali**  
**CAMPOFRANCO**

***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 \_\_\_\_\_

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo):

\_\_\_\_\_

**CHIEDE PER IL** *(da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)*

***Soggetto beneficiario:***

del/la Sig./ra \_\_\_\_\_

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

di essere residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

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

l'attivazione del **Patto di Servizio** ai sensi dell'art. 3, comma 4, lett. b), del D. P. n. 589/2018.

**DICHIARA**, altresì:

- 1°) - Che il soggetto beneficiario è disabile " Grave " non autosufficiente, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
- 2°) - Di aver preso visione del " Patto di Servizio " allegato all'Avviso Pubblico dell'8/3/2019, impegnandosi, sin d'ora, di rispettare tutti gli adempimenti richiesti, l'accettazione dei servizi da erogare e la sottoscrizione prima dell'attivazione dei servizi.

Alla presente si allega:

- Certificazione ISEE socio-sanitaria (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata nel corso dell'anno 2019;
- Copia di un valido documento di riconoscimento e del codice fiscale del beneficiario;
- Copia di un valido documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente se trattasi di delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

Si allega, altresì, **in busta chiusa sigillata** con la dicitura " *contiene dati sensibili* ", la seguente documentazione:

- Verbale della Commissione Sanitaria attestante la disabilità "grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92.

*Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. n.196/03, i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art. 19.*

*L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D. Lgs. n.196/03.*

Campofranco, lì \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_