

OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018, finanziamento regionale di cui al D.R.S. n. 2123 del 19.10.2023 - FNA Stato- anno 2017 e al D.R.S. n.1915 del 18.10.2022, FNA Stato- anno 2018.

Distretto Socio Sanitario 15

Comune di _____

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscritta

.....

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 Via n.

codice fiscale tel.

cell.....

e-mail :.....

In qualità di:

- beneficiario
- familiare caregiver
- tutore

CHIEDE

(da compilare solo in caso caregiver o amministratore di sostegno/tutore)

Per il soggetto beneficiario

Sig. /ra

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

che il nucleo familiare del soggetto beneficiario è così composto:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di Nascita

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):

- non usufruisce di altri servizi;
- usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da

Che il beneficiario possiede i requisiti richiesti.

Di essere consapevole che l'erogazione dei servizi territoriali è subordinata alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

Che il servizio verrà erogato tramite le soc. coop. soc. scelte tra quelle iscritte all'Albo Distrettuale.

Allega alla presente:

- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del beneficiario e/o richiedente;
- attestazione ISEE Socio Sanitario in corso di validità.
- eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili", i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3.

Il richiedente è informato ed autorizza la raccolta dei dati della presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, ai sensi della L. 196/2013 e s.m.i. e D. Lgs.n. 51/2018.

IL RICHIEDENTE
