

Al Distretto Socio sanitario

c/o il Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Istanza per la richiesta di interventi in favore di soggetti in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/92, in base a quanto previsto dal D.P.R. n. 589/2018.

Soggetto Richiedente

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

_____ il _____ residente in _____ Via _____

_____ n. _____ C.F. _____

tel. _____, indirizzo presso il quale si intende ricevere la corrispondenza

(indicare solo se diverso dall'indirizzo di residenza) via _____

_____ n. _____

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

Soggetto beneficiario

(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario)

Sig/Sig.ra _____ nato/a _____

_____ il _____ residente in _____ Via _____

_____ n. _____

C.F. _____, tel. _____

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., ai fini dell'accesso al beneficio

DICHIARA

- che il soggetto beneficiario è affetto/a da disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92;

- di avere preso visione del Patto di Servizio e di impegnarsi sin d'ora alla sua sottoscrizione.

Allega alla presente la sottoelencata documentazione così come previsto dall'Avviso:

-copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario;

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità 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.

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

copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge 104/92 art.3 comma 3;

copia Isee Socio sanitario in corso di validità per i disabili gravi maggiorenni.

Il/La Sig. /Sig.ra _____ autorizza, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/2003 e del regolamento GDPR (Regolamento UE 697/2016), il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta.

I dati verranno 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.

L'interessato/a puo' fare valere nei confronti dell'Amministrazione i diritti di cui all'art 7 del d. lgs 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 697/2016).

-----, li

Firma
