



UFFICIO DI PIANO

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D.54

Comuni di:

**Castelvetrano, Campobello di Mazara, Partanna
Poggioreale, Salaparuta, Santa Ninfa, A.S.P.**

Via Sardegna, 7 - 91022 Castelvetrano (TP)

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D54

COMUNE DI _____

OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R.S. 589/2018. - **F.N.A. Regione Disabili Gravi – annualità 2023 - 2024 - 2025.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____ via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel./cell. _____

DICHIARA

(ai sensi del D.P.R. N. 445 del 28/12/2000)

di essere portatore di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/1992

Oppure:

- in qualità di _____ (familiare di riferimento)
- in qualità di amministratore di sostegno
- in qualità di tutore legale

che il/la sig. _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____ via _____
n° _____ codice fiscale _____ è affetto da disabilità grave
riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992.

CHIEDE

L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 Lett. b) del D.P.R.S. n. 589/2018.
Dichiara, altresì, di essere consapevole che l'erogazione dei servizi territoriali è subordinata alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

Allega alla presente istanza:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità rilasciata dagli uffici e organismi abilitati. Ai disabili gravi, fatta eccezione per i soggetti minorenni, che producono un ISEE pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- eventuale provvedimento di nomina amministrazione 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.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, in conformità alla vigente normativa sulla tutela della privacy.

Luogo e Data _____

Il Richiedente