

ALL. 2

Modello di Domanda

OGGETTO: Istanza per la richiesta di interventi in favore di **soggetti minori gravi** in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/92. Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R.S. n. 589/Gab. Del 31/08/2018.

Al Distretto Socio Sanitario D27

Tramite il Comune di _____

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/La sottoscritt _____,

nat__ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

pec _____

In qualità di: *

Genitore

rappresentante legale (specificare il titolo) _____

*barrare la casella di interesse

CHIEDE PER IL

Soggetto beneficiario Minore

Nome _____ Cognome _____

nat__ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____

L'ammissione agli interventi in favore dei disabili gravi minori con l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 letta b) del D.P. n. 589/2018

A TAL FINE, 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, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- 1) Che il minore beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- 2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione;

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

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

Allega, altresì, alla presente, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", la seguente documentazione:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3.
- eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore, se ricorre il caso.

_____, _____
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE

Il/la sottoscritt _____ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alle procedure di cui al l'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D27, ai sensi dell' art.13 del D. Lgs 30.06.2003, n. 196 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy. 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.L gs. N.196/03 e del GDPR n. 679/2016 "Regolamento Europeo sulla Privacy.

_____, _____
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE