



V DIPARTIMENTO
Settore Servizi Sociali

COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

Distretto Socio Sanitario D20



ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL
COMUNE DI _____
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20

Il sottoscritt _____ nat_a _____

Il ___/___/___ e _____ nat_a _____

residente a _____ in via _____ n. _____

C. F. _____, tel. _____

email _____, in qualità di genitore/rappresentante

legale degli interessi del soggetto destinatario del beneficio,

CHIEDE PER

Sig./ra _____ nat_a _____

Il ___/___/___ residente a _____ in via _____ n. _____,

C.F. _____, tel. _____

email _____,

La predisposizione del Patto di Servizio ai sensi del D.P. n. 589/18

A TAL FINE DICHIARA

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non veritiera ai sensi del D.P.R. 445/2000,

Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3,

comma 3, legge 104/92;

di aver preso visione dello schema del Patto di Servizio allegato alla presente istanza;

Allegati:

- Fotocopie del documento di identità del rappresentante legale e del beneficiario;
- Eventuale documento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- Schema del Patto di Servizio compilato e firmato ad esclusione del punto 2;

Si allega altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili":

- Copia (con diagnosi) della certificazione di disabilità grave di cui alla legge 104, art. 3, comma 3.

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per la procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

Data e luogo _____

Il Richiedente

E
 Comune di Ramacca
 Comune di Ramacca
 Protocollo N. 0017683/2021 del 08/10/2021



V DIPARTIMENTO
Settore Servizi Sociali

COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

Distretto Socio Sanitario D20

