

Comune di _____

Oggetto: Richiesta di attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art.3 comma 4 lett b) del D.P. n. 589/18

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole delle responsabilità penali 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:

nato/a a _____ il _____ e residente in Via _____ n° _____

tel/cell _____ codice fiscale _____, email _____

- Per se stesso
- In qualità di _____ familiare di riferimento;
- In qualità di Amministratore di Sostegno
- In qualità di Tutore

Per la persona portatrice di disabilità beneficiaria/o sig/ra _____ nata a _____

Il _____ e residente in Via/Piazza _____ n. _____ codice fiscale _____

Tel/cell _____, email _____

CHIEDE

L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art.3, comma 4 lett.B) del D.P. 589/2018.

A tal fine dichiara:

- Che il Beneficiario è Disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge 104/92;
- Di aver preso visione del Patto di Servizio, allegato alla presente istanza ed impegnarsi sin d'ora alla sottoscrizione;

Allega alla presente istanza:

- Copia del Documento di Riconoscimento e del Codice Fiscale del beneficiario e di chi fa la richiesta in sua vece;
- Provvedimento di nomina quale Tutore o Amministratore di Sostegno.

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 con autocertificazione attestante che trattasi di copia conforme all'originale in proprio possesso;

-Isee in corso di Validità per l'anno 2019.

Luogo _____ e data _____

FIRMA