

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 46
AI COMUNE DI PORTOPALO DI CAPO PASSERO

OGGETTO: DISABILITA' 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. 589/2018

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il ____/____/____ e residente a Portopalo di Capo Passero via _____

n ____ tel _____ Codice fiscale _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

L'ATTIVAZIONE DEL PATTO DI SERVIZIO AI SENSI DELL' ART.3 COMMA 3 LEGGE 104/92

Per sé stesso;

in qualità di familiare delegato o di rappresentante legale (Specificare il titolo):

_____ del Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

il ____/____/____ e residente a Portopalo di Capo Passero via _____

n ____ tel _____ Codice fiscale _____

di trovarsi in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 legge 104/92

e di essere DISABILE MAGGIORENNE GRAVE

DISABILE MINORENNE GRAVE

Allega alla presente istanza:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale sia del richiedente che del beneficiario ed eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore
- Certificazione con diagnosi di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 (in busta chiusa con la dicitura "CONTIENE DATI SENSIBILI");

Portopalo di Capo Passero, _____

Il richiedente
