

COMUNE DI _____

**OGGETTO: RICHIESTA ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO PER UTENTI MAGGIORENNI (secondo quanto disposto dall' art.3 comma 4 lett. b del D.P.R.S. N. 589/2018)
DISABILITA' GRAVE AI SENSI DELL' ART.3 COMMA 3 LEGGE 104/92**

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....

Il.....e residente avia.....

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 se stesso;

ovvero

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

.....
del Sig./Sig.ra

nato/a a.....il.....residente a

via.....codice fiscale.....

a tal fine dichiara

- di trovarsi in condizione di disabilità grave ai sensi dell' art.3 comma 3 legge 104/92;
- di non trovarsi in condizioni di non autosufficienza di cui all'art. 3 del d.m. 26 settembre 2016 e successive modifiche e integrazioni (c.d. disabili gravissimi).

Allega alla presente istanza:

- copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
- la certificazione ISEE socio sanitario (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati in corso di validità. Ai disabili gravi adulti che producano un Isee pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- copia del verbale della commissione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n.104/92.

Luogo.....data.....

Il richiedente _____