

OGGETTO: Fondo per la Disabilità e la non Autosufficienza (F.N.A.) – 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 Comune di _____

del Distretto Socio Sanitario D27

Il/La sottoscritt _____,

nat ___ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

pec _____

In qualità di :*

Beneficiario

Genitore

Rappresentante legale (specificare il titolo) _____

*barrare la casella di interesse

CHIEDE PER IL

Da compilare solo in caso di delegato/tutore/procuratore/amministratore

Nome _____ Cognome _____

nat ___ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____

L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera 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 beneficiario è persona con necessità di sostegno intensivo (grave) 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;
- 3) ~~Di non essere percettore di Prestazione Universale istituita con Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 e di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione rilevante ai fini della percezione delle prestazioni.~~

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;
- Schema del patto di servizio compilato ad esclusione del punto tre (3) e firmato

Allega 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.
- Certificazione ISEE o ISEE socio sanitario se adulto, rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati

luogo e data

IL RICHIEDENTE

Il sottoscritto _____ 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.Lgs. N.196/03 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy.

luogo e data

IL RICHIEDENTE
