

ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO

(nuovi utenti)

OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto

 dall'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P.R.S. 589/2018

  **al Distretto Sociosanitario 45**

**Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ufficio di Servizio Sociale**

Soggetto richiedente:

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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, dichiara di essere:

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n.\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CHIEDE

(da compilare solo in caso di familiare delegato /tutore/procuratore, AdS)

Soggetto beneficiario

Nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara che lo/la stessa è residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 letta b) del D.P.R.S. 589/2018

**A TAL FINE DICHIARA**

1. Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell’art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
2. Di aver preso visione del modello di patto di servizio, allegato alla presente istanza ed di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione;

Allega alla presente:

* Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
* Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
* Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura *“Contiene dati sensibili”,* i seguenti documenti:

* Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
* ISEE (solo per i maggiorenni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dichiara inoltre:

1. di essere a conoscenza delle informazioni sui diritti previsti dall'art 7 dal D.lgs. 196/2003 e dal GDPR (regolamento UE 679/2016) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
2. di autorizzare il trattamento dei miei dati personali presenti nella richiesta ai sensi dell’art. 13 del D.lgs. n. 196 del 2003” Codice in materia di protezione dei dati personali e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 679/2016)

Preso atto dell'informativa di cui sopra, io sottoscritto esprimo il mio consenso al trattamento/comunicazione/diffusione dei miei dati personali limitatamente ai fini ivi richiamati.

 IL RICHIEDENTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_