



Alessandria della Rocca



Bivona



Ciacciana



San Biagio Platani



Santo Stefano Quisquina



Comune Capofila
BIVONA

Distretto socio-sanitario

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

RICHIESTA EROGAZIONE SERVIZI PER SOGGETTI MINORENNI CON DISABILITÀ GRAVE

(D.R.S. n. 2124 del 19.10.2021)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a

_____ Prov. _____ il _____ e

residente in _____ via _____ n. _____

_____ Rec. Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale: _____

CHIEDE

L'erogazione di servizi per soggetti con disabilità grave in favore di _____ nato a _____ Il _____ e residente a _____ in via _____ riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

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;
- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/67); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Addì _____

Firma del richiedente