



# Distretto socio-sanitario D<sub>S</sub>

**Comune Capofila  
BIVONA**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Ufficio di Servizio Sociale

## RICHIESTA EROGAZIONE SERVIZI PER SOGGETTI MAGGIORENNI CON DISABILITÀ GRAVE

(D.D.G. N. 2538 del 06 dicembre 2018, D.R.S. N. 1664 dell'11.12.2020, D.R.S. 1915 del 18.10.2022)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

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

### DICHIARA

di avere preso visione dell'elenco degli Enti che hanno sottoscritto il patto per l'accreditamento ed inseriti nell'elenco distrettuale, approvato con determinazione dirigenziale n. 288 del 08.11.2022, per la fruizione, tra l'altro, del servizio in argomento e di scegliere il seguente Ente no profit:

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente;
- 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;
- Certificazione ISEE socio-sanitaria in corso di validità.

Addì \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

Dichiarazione resa ai sensi degli articoli 46,47 e 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445;

### 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