



Comune Capofila
BIVONA

Distretto socio-sanitario D_S

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale

RICHIESTA EROGAZIONE SERVIZI PER SOGGETTI MINORENNI CON DISABILITÀ GRAVE

(D.D.G. N. 2538 del 06 dicembre 2018, D.R.S. N. 1664 del 11.12.2020, D.R.S. N. 1716 del 16.12.2020 e D.R.S. N. 1916 del 18.10.2022)

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 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.

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

Firma del richiedente

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