



**Amministrazione destinataria**

Comune di San Vito Lo Capo

**Ufficio destinatario**

**Disabilità grave - richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del Decreto del presidente della regione Siciliana n. 589/2018**

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza											
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						

in qualità di

- beneficiario
- persona autorizzata alla rappresentanza del soggetto in condizione di disabilità a norma di legge

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

**Soggetto interessato**

- per sé stesso
- per il seguente soggetto in condizione di disabilità a norma di legge

**soggetto interessato**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)											
<input type="text"/>											

la predisposizione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- che il beneficiario è persona disabile che necessita di sostegno intensivo (disabilità grave) non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge 5 Febbraio 1992, n.104
- di aver preso visione dello schema di Patto di servizio, allegato alla presente istanza

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del beneficiario
- fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se diverso dal beneficiario
- eventuale provvedimento di nomina quale amministratore, curatore o delegato
- copia (Con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge 104/92 art. 3 comma 3
- certificazione ISEE Socio sanitario
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

San Vito Lo Capo

Luogo

Data

il dichiarante