

	Amministrazione destinataria Comune di Mascali	
	Ufficio destinatario Area III -Servizi Sociali e Culturali	

Domanda di predisposizione del patto di servizio per disabilità grave
Ai sensi dell'articolo 3, comma 4, lettera b) del Decreto del Presidente della Giunta regionale
31/08/2018, n. 589

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

CHIEDE

la predisposizione del "Patto di servizio"

<input type="radio"/>	per sè stesso																		
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Data di nascita</td> <td>Sesso</td> <td>Luogo di nascita</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="3">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome	Nome	Codice Fiscale				Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita				In qualità di (*)					
Cognome	Nome	Codice Fiscale																	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita																	
In qualità di (*)																			

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

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 disabile grave non autosufficiente ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104, articolo 3, comma 3
- di aver preso visione dello schema di Patto di servizio, allegato alla presente istanza
- di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Numero protocollo DSU
€		

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	modulo patto di servizio
<input type="checkbox"/>	eventuale provvedimento di nomina quale amministratore, tutore, curatore o delegato
<input checked="" type="checkbox"/>	certificato medico (con diagnosi) attestante l'invalidità ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Mascalucia		
Luogo	Data	Il dichiarante