**Al Signor Sindaco del Comune**

**di Santa Maria di Licodia**

**Oggetto: Disabilità Grave – richiesta attivazione del Patto di Servizio secondo quanto disposto dall’art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018 e D.R.S. n. 1716 del 16/12/2020**

Il\Lasottoscritto\a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara:

(Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445)

Di essere residente a Santa Maria di Licodia in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_

Cod. fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_](tel:________________________________)

cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di familiare o di rappresentante legale (specificare il titolo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L’attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell’art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018

Per il/la minore Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA**

1. Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell’art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104;
2. Che sottoscriverà il Patto di servizio, in sede di valutazione con gli operatori del Distretto Socio Sanitario D12 e a realizzare quanto stabilito nello stesso.

Allega alla presente, in busta chiusa con dicitura “*Contiene dati sensibili*”, i seguenti documenti:

* Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla legge 104/92, art. 3 comma 3.
* Fotocopia documento di riconoscimento e 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;
* Attestazione ISEE in corso di validità.

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_