



Distretto socio-sanitario

Comune Capofila
BIVONA

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

RICHIESTA EROGAZIONE SERVIZI PER SOGGETTI MINORENNI CON DISABILITÀ GRAVE

(D.R.S. n. 2154 del 04.12.2019, D.R.S. 2797 del 21.12.2021, D.R.S. n. 2758 del 20.12.2022.)

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

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del 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;
- 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 (fatta eccezione per i soggetti minorenni).

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