

Comune di \_\_\_\_\_

Oggetto: Richiesta di attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art.3 comma 4 lett b) del D.P. n. 589/18

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità penali 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, dichiara di essere:

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ :: e residente in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel/cell \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ ,

e-mail \_\_\_\_\_

- Per se stesso
- In qualità di \_\_\_\_\_ familiare di riferimento;
- In qualità di Tutore

Per la persona portatrice di disabilità beneficiaria/o sig/ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente in Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel/Cell \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art.3, comma 4 lett.B) del D.P. 589/2018.

#### A tal fine dichiara:

- Che il Beneficiario è Disabile grave ai sensi dell'art.3 comma 3 legge 104/92;
- Di aver preso visione del Patto di Servizio, allegato alla presente istanza ed impegnarsi sin d'ora alla sottoscrizione;

Allega alla presente istanza:

- Copia del Documento di Riconoscimento e del Codice Fiscale del beneficiario e di chi fa la richiesta in sua vece;
- Provvedimento di nomina quale Tutore o Amministratore di Sostegno.

Allega altresì, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene Dati Sensibili*" i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla legge 104/92 art.3 comma 3 con autocertificazione attestante che trattasi di copia conforme all'originale in proprio possesso
- Isee in corso di validità per l'anno per i disabili maggiorenni;
- Patto di Servizio.

Luogo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

FIRMA