

OGGETTO: Istanza per la richiesta di interventi in favore di **soggetti minori gravi** in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/92. Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R.S. n. 589 Gab. Del 31/08/2018.

Al Distretto Socio Sanitario D27

Tramite il Comune di \_\_\_\_\_

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,

nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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

pec \_\_\_\_\_

In qualità di: \*

- Genitore
- rappresentante legale (specificare il titolo) \_\_\_\_\_

\*barrare la casella di interesse

**CHIEDE PER IL**

*Soggetto beneficiario Minore*

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**L'ammissione agli interventi in favore dei disabili gravi minori con l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 letta b) del D.P. n. 589/2018**

A TAL FINE, 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, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

- 1) Che il minore beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- 2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione;

Allega alla presente la sottoelencata documentazione, così come previsto dall'Avviso:

- copia documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente.

Allega, altresì, alla presente, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", la seguente documentazione:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3.
- eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore, se ricorre il caso.

\_\_\_\_\_  
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alle procedure di cui al l'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D27, ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30.06.2003, n. 196 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy. L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D.L gs. N.196/03 e del GDPR n. 679/2016 "Regolamento Europeo sulla Privacy.

\_\_\_\_\_  
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE

## PATTO DI SERVIZIO

Ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 della L.R. n.8/17 e s.m.i.

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ appartenente  
a Distretto socio-sanitario di \_\_\_\_\_

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Socio sanitari;
- censito dal Distretto Sociosanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente competente;
- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della l.n.104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ 2018 esecutivo dell'articolo 9 della l.r. 8/2017 e s.m.i.;

Ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.;

### DICHIARA

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:  
.....  
.....  
.....  
.....
2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario" è:
  - INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui
  - SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui;
3. di accettare i seguenti servizi:  
.....  
.....  
.....  
.....
4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza per l'erogazione del servizio;
5. di accettare quanto di seguito descritto:
  - il Distretto Socio/sanitario/Comune di Residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile.
6. Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Servizio il Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione dei servizi;

7. di impegnarsi a comunicare al Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

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

Firma

\_\_\_\_\_