

Allegato A

**OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018, ai sensi del D.R.S. n.2758 del 20.12.2022-Fondo Regionale anno 2022.**

**Distretto Socio Sanitario 15**

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

**Ufficio di Servizio Sociale Professionale**

**SEDE**

**Soggetto richiedente**

Il/La Sottoscritta

.....

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, dichiara di essere :

nat..... a ..... il .....

di essere residente a ..... Via ..... n. ....

codice fiscale ..... tel. ....

cell..... e-mail :.....

In qualità di:

beneficiario ;  familiare caregiver ;  tutore;  procuratore;  amministratore di sostegno

**CHIEDE**

**(da compilare solo in caso caregiver o amministratore di sostegno/tutore)**

**Per il soggetto beneficiario**

Sig. /ra .....

nata/o a .....il .....

residente a ..... in via..... N.....

cod. fiscale ..... tel. .... cell.....

Allegato A

e-mail :.....

**l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018.**

**A tal fine dichiara**

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):

- possiede i requisiti richiesti;
- non usufruisce di altri servizi ;
- usufruisce di altri servizi di assistenza socio–sanitaria e socio-assistenziale pubblici
- usufruisce del Patto di cura

Dichiara, altresì, di aver preso visione dello Schema di patto di servizio, allegato alla presente istanza e di essere consapevole del fatto che l'erogazione dei servizi territoriali è subordinata alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

**Allega alla presente:**

- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del beneficiario e/o richiedente;

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

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3 .
  - Patto di cura del beneficiario , qualora ne fosse in possesso .
  - Certificazione ISEE Socio Sanitario in corso di validità.
  - eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.
  - Schema del patto di servizio compilato e firmato ad esclusione del punto tre.

***Il richiedente è informato ed autorizza la raccolta dei dati della presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, ai sensi della L. 196/2013 e D. Lgs.n. 51/2018.***

IL RICHIEDENTE

---