

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:

- 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
- 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.

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
