

Oggetto. Disabilità Grave- Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dal D.P.R.S 589/Gab. del 31/08/2018.

SOGGETTO RICHIEDENTE

IL SOTTOSCRITTO/A NOME _____ COGNOME _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA DI ESSERE:

NATO/A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

IN VIA _____ N. _____ TELEFONO _____

nella qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo) _____

CHIEDE

(COMPILARE SOLO IN CASO DI DELEGATO/TUTORE/PROCURATORE)

SOGGETTO BENEFICIARIO

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

IN VIA _____ TELEFONO _____

PERSONA DISABILE AI SENSI DELL'ART. 3 DELLA L. 104/92

L'ATTIVAZIONE DEL PATTO DI SERVIZIO ai sensi dell'art. 3 del D.p.r.s. n. 589/2018

a tal fine DICHIARA

A) che il beneficiario è disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92

B) di aver preso visione del Patto di servizio e di impegnarsi alla sottoscrizione

Allega alla presente:

- copia documenti di riconoscimento del richiedente e del beneficiario
- copia della tutela legale, salvo per i genitori di figli minori;
- documentazione relativa alla certificazione dell'handicap.
- consenso trattamenti dati.

DATA _____

FIRMA
