

**AL SERVIZIO SOCIALE DEL  
COMUNE DI PANTELLERIA**

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

**RICHIEDENTE (se diverso dal beneficiario deve avere la tutela legale per presentare istanza per conto del beneficiario)**

**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) (DI O DI NON) FRUIRE DI SERVIZI SOCIO-SANITARI (es. Assegno di cura disabilità gravissima, ADI ASP, servizi domiciliari, servizi riabilitativi etc....)**

**In caso affermativo elencare:**

---

---

---

**B) di percepire le seguenti indennità (invalidità e/o accompagnamento)**

---

---

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

**SI ALLEGA**

- 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**

---