

Al Comune di _____
c/o Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Disabilità grave- richiesta attivazione patto di servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in via _____

Telefono _____

DICHIARA

- Di essere affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge n.104/92;
- Che nel proprio nucleo familiare come appreso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela, il/la Sig. _____ nato/a il _____ a _____ (Prov. _____) affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell' art. 3, comma 3, della legge 104/92;

DICHIARA, altresì:

- Di essere in possesso di Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità.
- Di essere in possesso di Certificazione ISEE in corso di validità

Allega alla presente istanza:

- Certificato di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della legge n.104/92;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e/o del disabile grave);

Ai fini dell'accesso all'eventuale beneficio, dichiara di essere disponibile alla redazione di un Piano personalizzato ex art.14 Legge 328/2000 e s.m.i. ed alla sottoscrizione del patto di servizio allegato al D.P.R.S. 31/08/2018.

Luogo _____ Data _____

FIRMA
