



Alessandria della Rocca



Bivona



Cianciana



San Biagio Platani



Santo Stefano Quisquina

Comune Capofila
BIVONA

Distretto socio-sanitario

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

RICHIESTA EROGAZIONE SERVIZI PER SOGGETTI MAGGIORENNI CON DISABILITÀ GRAVE (D.R.S. n. 2123 del 19.10.2021)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
 _____ Prov. _____ il _____ e residente in _____ via _____ n. _____ Rec. Tel. _____
 _____ e-mail _____ Codice Fiscale: _____

CHIEDE

L'erogazione di servizi per soggetti con disabilità grave in favore di _____
 nato a _____
 il _____ e residente a _____ in via _____
 _____ riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge
 104/1992 e ss.mm.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;
- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità ai soli fini della formulazione della graduatoria;

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/67); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Addì _____

 Firma del richiedente