Al Distretto Socio Sanitario n. 54

Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: Istanza per la richiesta di interventi in favore di soggetti in condizione di

 disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 - Legge 104/92.

Il/La sottoscritto/a nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il e residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. codice fiscale tel./cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara

* di essere portatore di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/1992
* in qualità di (familiare di riferimento)
* in qualità di amministratore di sostegno
* in qualità di tutore legale

- che il/la sig. nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n° codice fiscale

è affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992.

Allega alla presente istanza:

* copia conforme all'originale della certificazione attestante la disabilità l. 104/1992 art. 3 comma 3;
* certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
* copia del 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 sottoscrizione del patto di servizio.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, in conformità alla vigente normativa sulla tutela della privacy.