



V DIPARTIMENTO  
Settore Servizi Sociali

# COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

Distretto Socio Sanitario D20



ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL

COMUNE DI \_\_\_\_\_  
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20

\_L\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ invia \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_, oppure se impossibilitato

\_L\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

per conto e nell'interesse del soggetto destinatario del beneficio,

## CHIEDE PER

Sig./ra \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_,

La predisposizione del Patto di Servizio ai sensi del D.P. n. 589/18

## A TAL FINE DICHIARA

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non veritiera ai sensi del D.P.R. 445/2000,

Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104;

Allegati:

- Fotocopie del documento di identità del rappresentante legale e del beneficiario;
- Eventuale documento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- Certificazione ISEE in corso di validità;

Si allega altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili":

- Copia (con diagnosi) della certificazione di disabilità grave di cui alla legge 104, art. 3, comma 3.

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per la procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

Data e luogo \_\_\_\_\_

Il Richiedente