



COMUNE DI SCORDIA
Città Metropolitana di Catania

OGGETTO: Disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92 - Richiesta attivazione Patto di Servizio in conformità all'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R n. 589/2018 a valere sulle risorse assegnate dal Fondo Equità Livello dei Servizi anno 2026 – Piano di Zona 2021 .

Al Comune di SCORDIA
Ufficio di Servizio Sociale

Il/La Sottoscritto _____ nat__ a _____
_____ il _____ residente in _____
_____ in via _____ n. _____ codice fiscale _____
_____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____
_____ in qualità di beneficiario/familiare delegato o di
rappresentante legale (specificare il titolo) _____

CHIEDE

(da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

per il beneficiario/a Sig/Sig.ra _____ nat__ a _____
_____ il _____ residente in _____
_____ in via _____ n. _____ codice fiscale _____
_____ tel./cell. _____ l'attivazione del Patto di Servizio ai

sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P.R.S. n. 589/2018

DICHIARA

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445:

- 1) che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
- 2) di impegnarsi sin d'ora alla sottoscrizione del Patto di servizio di cui all'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P.R.S. n. 589/2018;

Allega alla presente:

- ☐ Fotocopia documento di identità del beneficiario;
- ☐ Fotocopia documento di identità del richiedente, se diverso dal beneficiario;
- ☐ Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;

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.

Firma _____