



COMUNE DI SANTA MARIA DI LICODIA
Provincia di Catania

**Al Signor Sindaco del Comune
di S. MARIA DI LICODIA**

Oggetto: **Disabilità Grave – richiesta attivazione del 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 _____ dichiara di essere:

(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)

Di essere residente a _____ in Via _____ n. _____

Codice fiscale _____ tel: _____

cell. _____ e.mail _____

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare titolo)

CHIEDE (per il soggetto beneficiario)
(Da compilare solo in caso di delegato/tutore/procuratore)

Del/la Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____ di essere residente

a _____ in via _____ n. _____

Codice fiscale _____ tel. _____

Cell. _____ e-mail _____

L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018

A TAL FINE DICHIARA

1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104;

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di riconoscimento e 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;

Allega altresì, in busta chiusa con dicitura "**Contiene dati sensibili**", i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla legge 104/92, art. 3 comma 3;
- ISEE in corso di validità.

IL RICHIEDENTE
