

COMUNE DI _____

OGGETTO: DISABILITA' GRAVE AI SENSI DELL' ART.3 COMMA 3 LEGGE 104/92

RICHIESTA ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO (secondo quanto disposto dall' art.3 comma 4 lett. b del D.P.R.S. N. 589/2018)

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....

Il.....e residente avia.....

n..... tel..... Codice

fiscale.....consapevole che, ai sensi dell' art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l' uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

L'ATTIVAZIONE DEL PATTO DI SERVIZIO AI SENSI DELL' ART.3 COMMA 3 LEGGE 104/92

- Per se stesso;

ovvero

-

In qualità di familiare delegato o di rappresentante legale (Specificare il titolo)

.....

del Sig./Sig.ra

nato/a a.....il.....residente a

via.....codice fiscale.....

a tal fine dichiara

- di trovarsi in condizione di disabilità grave ai sensi dell' art.3 comma 3 legge 104/92;
- di non essere percettore dell' assegno di cura mensile per disabili gravissimi di cui all'art. 3 del d.m. 26 settembre 2016 e ai sensi del D.P.R.S. n.589/gab del 31/08/2018 (art. 3 e art. 4). .

Allega alla presente istanza:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale sia del richiedente che del beneficiario ed eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore
- Certificazione con diagnosi di riconoscimento della disabilità ai sensi dell' art. 3 comma 3 della legge 104/92(in busta chiusa con la dicitura "CONTIENE DATI SENSIBILI");

Luogo.....data.....

Il richiedente _____

