#### Comune di Ufficio di Servizio Sociale

**SEDE**

OGGETTO: Censimento disabili gravi e richiesta di attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3,

 comma 4, lett.b), del D.P. n. 589/2018, Regione Sicilia.

**Soggetto richiedente**

Il/La Sottoscritt

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, dichiara di essere:

nat a il

di essere residente a in via n. codice fiscale tel. cell. e-mail in qualità di beneficiario o di familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)

**CHIEDE PER IL**

(da compilare solo in caso di familiare delegato o rappresentante legale (tutore, amministratore di sostegno, ecc.)

**Soggetto beneficiario**

sig./ra nat a il di essere residente a in via

n. codice fiscale tel. cell. e-mail

di essere censito presso il Distretto Socio Sanitario n. 37 e l'attivazione del Patto di Servizio, ai sensi dell'art. 3, comma 4, letta b), del D.P. n. 589/2018

####  A TAL FINE DICHIARA

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

Allega alla presente:

* + Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
	+ Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
	+ Eventuale copia del provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

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

* + Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
	+ Certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI CON IL PRESENTE MODULO E RESA AI SENSI DEL:**

[Codice in materia di protezione dei dati personali n.196/2006 aggiornato al D.Leg. 10 agosto 2018](http://csvpadova.org/wp-content/uploads/2018/05/D.Lgs_.-n.-196_2003_Codice-in-materia-di-protezione-dei-dati-personali-aggiornato-al-D.Lgs_.-n.-101_2018.pdf) “GDPR”

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, ai sensi della normativa richiamata, rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di cui alla presente richiesta.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA