

**Oggetto:** Interventi in favore di persone in condizione di disabilità grave – DRS 2123 del 19/10/2021  
- DRS 2797 del 21/12/2021  
Richiesta attivazione Patto di Servizio ai sensi del D.P.R. n. 589/2018, art. 3 c. 4 lett. b

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_.

### **CHIEDE**

L'ammissione agli interventi in favore di persone in condizione di disabilità grave con l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lett b) del D.P. R. n. 589/2018

(da compilare solo in caso in cui l'interessato sia impossibilitato alla firma)

per il proprio familiare \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### **A TAL FINE DICHIARA**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero,

Di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

---

---

---

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente;

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

- Copia (con diagnosi) della certificazione attestante il possesso dei requisiti ai sensi dell’art. 3 comma 3 di cui alla Legge L.104/92;
- ISEE socio – sanitario in corso di validità.

IL RICHIEDENTE

---