



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4
CASTELTERMINI (AG) capofila**

Ambito territoriale Cammarata - Casteltermini - San Giovanni Gemini

All'Ufficio di Servizio Sociale del Comune

di _____

OGGETTO: istanza per la richiesta di interventi in favore di soggetti in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma Legge 104/92.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in Via _____ n. _____

C.F. _____ tel. _____ (campo obbligatorio).

DICHIARA

Di essere portatore di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92

In qualità di familiare e/o amministratore di sostegno e/o tutore legale,

che il Sig. Nome e Cognome _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

via _____ C.F. _____ tel. _____ (campo obbligatorio),

è affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92

Allega alla presente istanza

- Copia conforme all'originale della certificazione attestante la disabilità L.104/92 art.3 comma3;
- Certificato ISEE socio – sanitario in corso di validità;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale(del dichiarante e/o del disabile grave).

Ai fini dell'accesso all'eventuale beneficio, dichiara di essere disponibile alla sottoscrizione del patto di servizio.

_____ li _____

IL RICHIEDENTE/ DICHIARANTE

Formula di acquisizione al consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali

Il /la sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dagli Enti titolari del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Regione e Comune) e s.m.i., con la firma apposta alla presente scheda informativa, attesta il proprio consenso affinché i titolari procedano ai trattamenti dei dati personali per le finalità specifiche dell'intervento di cui alla presente domanda.

_____ Li _____

IL RICHIEDENTE
