

**Allegato A**

**Spett.le Comune di .....**

**Distretto Socio Sanitario 15**

**OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio** secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018 disabili gravi adulti. Anno 2026.

**Soggetto richiedente**

Il/La Sottoscritta .....

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/familiare caregiver o tutore di

.....

**CHIEDE PER IL**

**(da compilare solo in caso caregiver o amministratore di sostegno/tutore)**

**Soggetto beneficiario**

Sig./sig.ra .....

residente a ..... in via..... n.....

codice fiscale ..... tel. ....

cell.....e-mail:.....

**l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 letta b) del D.P. n. 589/2018, per l'anno 2026**

**Allegato A****A TAL FINE DICHIARA**

- ✓ Che la famiglia del beneficiario è così composta:

| Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di Nascita |
|----------------|------------------|-----------------|
|                |                  |                 |
|                |                  |                 |
|                |                  |                 |
|                |                  |                 |
|                |                  |                 |
|                |                  |                 |

- ✓ Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):

☐ non usufruisce di altri servizi;

☐ usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da .....

- ✓ Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- ✓ Di essere consapevole che l'erogazione dei servizi territoriali è subordinata alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

**Allega alla presente:**

· fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del beneficiario e del richiedente;

**Nel caso in cui l'istanza venga inviata tramite PEC, successivamente all'invio, sarà necessario consegnare all'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di residenza i seguenti documenti:**

- a)** copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3.
- b)** attestazione ISEE Socio Sanitario in corso di validità. Ai disabili gravi che producono un ISEE pari o superiore a € 25.000,00, le prestazioni saranno ridotte del 30%, così come previsto dal D.P.R. n. 589/2018 all'art. 3 comma 2;
- c)** eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

**Nel caso in cui invece l'istanza venga consegnata a mano all'Ufficio Protocollo del proprio Comune di residenza sarà necessario consegnare, insieme all'istanza, i superiori documenti in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili".**

*Il richiedente è informato ed autorizza la raccolta dei dati della presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, ai sensi della L. 196/2013 e D.Lgs.n. 51/2018.*

Luogo e data

Il richiedente

---

---