

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 a .....via.....

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;

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.....

di trovarsi in condizione di disabilità grave ai sensi dell' art.3 comma 3 legge 104/92

e di essere DISABILE MAGGIORENNE GRAVE

DISABILE MINORENNE GRAVE

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

\_\_\_\_\_