ALLEGATO B

MODELLO DI DOMANDA
(UTENTI GIA' FRUITORI)

OGGETTO: Disabilità grave – Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 589/2018. - Autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 rese ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale
SEDE.

Il/La Sottoscritto/a _____

dichiara di essere nato/a a _____ il _____ di essere residente a _____ in via _____ n. _____ codice fiscale _____ tel. _____ cellulare _____ e-mail _____

_____

in qualità di:

■ Soggetto beneficiario richiedente;

■ Persona autorizzata alla rappresentanza del soggetto con disabilità a norme di legge

(*specificare il titolo*) _____

CHIEDE

PER (***da compilare solo in caso di rappresentate legale /tutore/procuratore/amministratore***)

Cognome e nome _____

Nato/ a _____ residente a _____ in

Via _____ n. _____

cod. fiscale _____ tel. _____ cell. _____

e-mail _____

- l'aggiornamento del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3 comma 4 lett b) del D.P.R.S n. 589/2018.

A TAL FINE DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può incorrere in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000.

1) Che il richiedente è persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 co. 3 della Legge 5/02/1992, n. 104;
2) Che il richiedente è residente presso il Comune di _____;
3) Che il richiedente non usufruisce del contributo Prestazione Universale INPS;

DICHIARA ALTRESI'

1) Di aver preso visione dell'Avviso pubblico;
2) Di aver preso visione del modello di patto di servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione;
3) Di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale si riserva di effettuare, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. n. 445/2000, controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese e di dover produrre, su richiesta dell'Ufficio, la documentazione originale a comprova di quanto dichiarato.

ALLEGATI OBBLIGATORI:
- 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;
- Provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno\tutore\curatore, qualora nominato;
- Verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92;
- Modello Isee cd. "socio-sanitario" in corso di validità.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003
Gentile Signore/a, desideriamo informarLa che il D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni: 1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 589/2018; 2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzato; 3. Il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto i dati richiesti sono necessari ai fini della erogazione del servizio e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta l'impossibilità ad erogare il servizio; 4. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", che saranno trattati unicamente per le finalità di cui alla presente istanza. 5. Il titolare del trattamento è: Comune di Modica con sede legale in Piazza Principe di Napoli, n.17 – Modica (RG) 97015 6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003.
Modica, lì _____
FIRMA _____