

Al Distretto socio sanitario D/21 – Agira
per il tramite del Comune di _____

Oggetto: disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 104/92 -istanza per la richiesta di presa in carico, inserimento nell'elenco permanente distrettuale, elaborazione del Progetto Personalizzato (ai sensi dell'art. 3 comma 4 lett. b. del dp 589/18)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ e residente in _____ Via _____ N° _____ Codice
Fiscale _____ Tel./Cell. _____

CHIEDE

la presa in carico, l'inserimento nell'elenco permanente distrettuale, l'elaborazione del Progetto Personalizzato (ai sensi dell'art. 3 comma 4 lett. b. del dp 589/18)

DICHIARA

☐ Di essere portatore di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/1992

oppure

☐ In qualità di _____ (familiare di riferimento)

☐ In qualità di Amministratore di sostegno

☐ In qualità di Tutore Legale

- Che il/la Sig. _____ nato a _____ il _____ e residente
in _____ Via _____ N° _____ Codice

Fiscale _____

è affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992.

Allega alla presente istanza:

- ☐ Copia della certificazione attestante la disabilità L. 104/1992 art. 3 comma 3;
- ☐ Attestazione ISEE per prestazioni socio sanitarie in corso di validità;
- ☐ Copia del Documento di Riconoscimento in corso di validità (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 _____

FIRMA