

**Oggetto:** Interventi in favore di minori affetti da disabilità grave  
Richiesta attivazione Patto di Servizio ai sensi del D.P.R. n. 589/2018, art. 3 c. 4 lett. b

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n  
\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_.

### **C H I E D E**

L'ammissione agli interventi in favore di minori affetti da disabilità grave con l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lett b) del D.P. R. n. 589/2018

per il proprio figlio \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

e l'erogazione del servizio in modalità :

Diretta

Indiretta

### **A T A L F I N E D I C H I A R A**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero,

Di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

---

---

---

---

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente;

- Patto di Servizio.

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura “*Contiene dati sensibili*”, i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione attestante il possesso dei requisiti ai sensi dell’art. 3 comma 3 di cui alla Legge L.104/92;

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_ informato ai sensi del Regolamento Generale Europeo 2016/679, acconsente alla elaborazione dei Dati Personali da parte della P.A. ai fini del procedimento amministrativo. Si autorizza pertanto l’Ente a trattare i dati per finalità istituzionali e statistiche secondo le disposizioni e limiti di Legge.

IL RICHIEDENTE

---