



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D1

Comune capofila AGRIGENTO

Aragona – Comitini – Favara – Ioppolo Giancaxio - Porto Empedocle – Raffadali – Realmonite - Santa Elisabetta – Sant'Angelo Muxaro – Siculiana -

Al Comune di

Distretto S.S. D 1

Oggetto: Interventi in favore di " Disabili Minori Gravi" di cui al D.R.S. n 1916 del 18/10/2022

Il sottoscritto _____ nat_ a _____

il _____ e residente in _____ n. _____

Comune di _____ C.F. _____

Tel. _____

CHIEDE

L'ammissione agli interventi in favore di "Disabili Minori Gravi" con l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi del D.P.R. n 589/2018 per beneficiare degli interventi di cui al D.R.S. n 1916 del 18/10/2022, per il proprio figlio:

Cognome _____ Nome _____

noto/a a _____ il _____ residente a _____

In via _____ n. _____ C.F. _____

Tel. _____

Allega alla presente, pene esclusione, la seguente documentazione:

- Fotocopia carta di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia carta di identità e del codice fiscale del richiedente;
- Verbale della commissione medica attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.104/92, in busta chiusa;

Il comune di residenza effettuerà i dovuti controlli con le autorità competenti.

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitaria, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

Il Richiedente
