

C. POSSESSO DI I.S.E.E. IN CORSO DI VALIDITA' (D.P.C.M. 5/12/2013 N.159 E D.M. DEL 7/11/2014) CON VALORE DI € _____

D. POSSESSO DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

- VERBALE DI DISABILITA' GRAVE (ART.3, C.3 L.104/92)
- VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE AL 100%
- VERBALE DI INVALIDITÀ AL 100% CON ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO
- S.V.A.M.A. sanitaria (all.2.2- e 2.3 cognitivo-funzionale);

DICHIARA che il beneficiario si trova nelle seguenti condizioni di assistenza

- RICONOSCIMENTO DELL' ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/2018/GAB) IN DATA _____
- RICHIESTA IN CORSO PER IL RICONOSCIMENTO DELL'ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 C.MA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018) DAL _____
- DI NON AVER RICHIESTO L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/2018/GAB)
- DI FRUIRE DEI SEGUENTI SERVIZI/INTERVENTI:
 - INTERVENTI PER L'AUTONOMIA E COMUNICAZIONE
 - ASSISTENZA DOMICILIARE
 - CURE DOMICILIARI SANITARIE (SPECIFICARE TIPO DI INTERVENTO): _____
 - ALTRO _____
- DI AVER RICHIESTO CURE SANITARIE DOMICILIARI
- DI CONVIVERE CON FAMILIARE ANZIANO/DISABILE
- ALTRO SUPPORTO PRIVATO (SPECIFICARE): _____
- MEDICO DI BASE _____

DICHIARA di essere consapevole e informato che il Patto di Servizio sarà sottoscritto su convocazione del Servizio Sociale del Comune di residenza

Firma

Allega:

- Copia documento di identità del beneficiario, in corso di validità
- Delega
- Atto di nomina Amministratore di sostegno/tutore
- Copia documento di identità in corso di validità del familiare delegato/Amministratore di sostegno /Tutore

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Sig./Sig.ra _____, consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessarie all'espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento DGPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati verranno trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura. L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione i diritti di cui all'art.7 esercitati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del DGPR 679/2016

Firma



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

Acireale, Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana Etnea

CENSIMENTO DISABILI GRAVI - ANNO 2023

DELEGA ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL PATTO DI SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

A sottoscrivere, in nome e per mio conto, la richiesta di Patto di Servizio per l'erogazione di servizi/interventi per la disabilità grave

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato