



# DISTRETTO SOCIO SANITARIO D1

## Comune capofila AGRIGENTO

*Aragona - Comitini - Favara - Ioppolo Giancaxio - Porto Empedocle - Raffadall - Realmonte - Santa  
Elisabetta - Sant'Angelo Muxaro - Siciliana -*

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

\_\_\_\_\_