



CITTÀ DI ACIREALE
AREA DI SVILUPPO CULTURALE, SOCIALE E TERRITORIALE
SETTORE UFFICIO DI PIANO

CENSIMENTO DISABILITÀ GRAVE – ANNO 2025

Ai Servizi Sociali del
Comune di _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ CF _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Recapito telefonico _____ E-mail _____

ai fini della richiesta del Patto di Servizio a favore della persona con disabilità

Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____ CF _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Recapito telefonico _____ E-mail _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

Nella qualità di:

- Diretto interessato Familiare delegato Amministratore di sostegno, Tutore, genitore

DICHIARA

A. Codice Fiscale del Beneficiario

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. Composizione del nucleo familiare del beneficiario

	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela	Posizione lavorativa
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

C. Possesso di ISEE in corso di validità (DPCM 5/12/2013 n. 159 e DM del 7/11/2014) cin valore pari a
€ _____

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 persone con disabilità gravissima (L.R. n. 4/2017, art. 1, co. 1 e DPRS 589/2018) in data _____;
- Richiesta in corso per il riconoscimento dell'assegno monetario a favore di persone con disabilità gravissima (L.R. n. 4/2017, art. 1, co. 1 e DPRS 589/2018) dal _____
- Di non avere richiesto l'erogazione dell'assegno monetario a favore di persone con disabilità gravissima (L.R. n. 4/2017, art. 1, co. 1 e DPRS 589/2018);
- Di fruire dei seguenti servizi/interventi:
 - Interventi per 'autonomia e la 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/caregiver/Amministratore di sostegno/Tutore

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La 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 Reg. 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 _____

DSS14

DISTRETTO SOCIO SANITARIO



CITTÀ DI ACIREALE

AREA DI SVILUPPO CULTURALE, SOCIALE E TERRITORIALE

SETTORE UFFICIO DI PIANO

CENSIMENTO DISABILITÀ GRAVE – ANNO 2025

Delega alla sottoscrizione del Patto di Servizio

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ CF _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

Doc. di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ CF _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

Doc. 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 persone con disabilità grave.

Luogo e data, _____

Firma delegante _____

Allegare copia del documento di identità del delegante e del delegato