

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. _____

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;

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
