

Al Distretto Socio Sanitario  Agrigento

Comune di _____

Oggetto: Istanza per la richiesta di interventi in favore di soggetti in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma Legge 104/92.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____ Via _____ N° _____
Codice Fiscale _____ Tel / Ce Il. _____

DICHIARA

- Di essere portatore di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/1992
- In qualità di _____ (familiare di riferimento)
- In qualità di Amministratore di sostegno
- In qualità di Tutore Legale

- Che il/la Sig. _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____ Via _____ N° _____
Codice Fiscale _____ Tel / Ce Il. _____
è affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992.

Allega alla presente istanza:

- Copia conforme all'originale della certificazione attestante la disabilità L. 104/1992 art. 3 comma 3;
- Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- Copia del Documento di Riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e del disabile grave).

Ai fini dell'accesso all'eventuale beneficio, dichiara di essere disponibile alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

Luogo _____, data _____

FIRMA