

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [comune.gravina-di-catania@legalmail.it](mailto:comune.gravina-di-catania@legalmail.it)

**ALLEGATO B**  
**ALLA DETERMINA N. 104 DEL 06/02/2025**

**MODELLO DI DOMANDA**

**OGGETTO:** Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 589/2018

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio di Servizio Sociale  
**SEDE**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:

nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di beneficiario/persona autorizzata alla rappresentanza del disabile a norma di legge  
(specificare il titolo) \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER IL**

*(da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore/ amministratore)*

Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

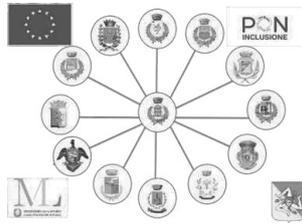
cod. fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

la predisposizione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018

**A TAL FINE DICHIARA**

- 1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 c. Legge 5/02/1992, n. 104;
- 2) Di aver preso visione dello schema di Patto di servizio, allegato alla presente istanza
- 3) Di non essere percettore di Prestazione Universale istituita con Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 e di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione rilevante ai fini della percezione delle prestazioni.



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA**  
**UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA**  
**TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTOSOCIOSANITARIO19@GMAIL.COM**  
**PEC: [comune.gravina-di-catania@legalmail.it](mailto:comune.gravina-di-catania@legalmail.it)**

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- Schema del patto di servizio compilato e firmato ad esclusione del punto tre

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura *“Contiene dati sensibili”*, i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- la certificazione ISEE o ISEE socio sanitario se adulto

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, 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

\_\_\_\_\_