

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 _____.

CHIEDE

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 TAL FINE DICHIARA

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 RICHIEDENTE
