

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 11

UFFICIO POLITICHE SOCIALI

COMUNE DI _____

Istanza

Disabilità Maggiorenni Gravi

OGGETTO:– Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018

Soggetto richiedente

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. _____

cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

In qualità di Beneficiario

In qualità di Familiare e/o rappresentante legale (specificare il titolo: _____) del **Soggetto**

beneficiario: _____ Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 letta b) del D.P. n. 589/2018

A TAL FINE DICHIARA, altresì,

1. che il beneficiario è disabile maggiorenne grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
2. di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di servizio di cui all'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n.589/2018;

Allega alla presente:

- copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del soggetto beneficiario;
- copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente;
- copia del verbale della commissione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n.104/92, in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili";
- Fotocopia ISEE Socio Sanitario in corso di validità;

IL RICHIEDENTE

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI CON IL PRESENTE
MODULO, E RESA AI SENSI DECRETO LEGISLATIVO 101/2018 E DELL'ART.13 GDPR
(REGOLAMENTO UE 2016/679)**

Il Distretto Socio Sanitario n. 11, in qualità di titolare - con sede in Piazza Papa Giovanni XXIII° - Cap. 93017, San Cataldo (CL) - Ufficio Politiche Sociali - tratterà i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo di istanza con modalità prevalentemente informatiche e telematiche (ad esempio, utilizzando procedure e supporti elettronici) nonché manualmente (ad esempio, su supporto cartaceo), con logiche correlate alle finalità previste dalla base giuridica, seguente: L. 328/2000, L.R. 22/1986, Legge n. 104/1992 s.m.i., D.P.C.M. 14/02/2001, D.P.C.M. 12/01/2017, L.R. n.10/2003; L.C. n. 3/2001; D.Lgs. 147/2017; Legge n. 241/1990 s.m.i., L.R. n. 10/1991 s.m.i., D.Lgs. n. 33/2013 s.m.i., D.Lgs. n. 267/2000 s.m.i., DPR n. 445/2000 s.m.i., D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i., D.Lgs n. 101/2018, Reg. UE n 679/2016, in relazione ai procedimenti amministrativi da istruire, sia ad istanza di parte sia ad iniziativa degli uffici.

In particolare, verranno trattati dal titolare per l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o, comunque, connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati. Il conferimento dei dati è obbligatorio, e il mancato conferimento non consente al titolare di svolgere l'attività/servizio da Lei richiesto.

Con la firma della presente istanza/dichiarazione e previa lettura di quanto in essa contenuto, Lei presta il consenso al trattamento dei dati secondo le finalità e con le modalità descritte.

Luogo e data _____

Firma
