

**Istanza per l'accesso ai benefici di forme di assistenza a mezzo erogazioni di servizi territoriali -  
Persone in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/92**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ e residente in via  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- **Beneficiario**
- **Familiare**
- **Rappresentante Legale**

del beneficiario sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ e residente in via  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'accesso al beneficio di cui in oggetto, previa sottoscrizione del "Patto di Servizio" con individuazione degli interventi da realizzare in favore del soggetto beneficiario sopra generalizzato.

**Allega alla presente istanza:**

- Copia della certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 1, della Legge n.104/1992;
- Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido e del codice fiscale della persona disabile;
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido e del codice fiscale del richiedente e familiare o Rappresentante Legale del beneficiario.

Camastra \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Il sig./ra \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196/03, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art.19.

L'interessato può far valere nei confronti dell'A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi degli artt.8, 9 e 10 del D.Lgs. n. 196/03.

FIRMA

\_\_\_\_\_