

AL COMUNE DI ISOLA DELLE FEMMINE  
Ufficio Servizi Sociali  
Via G. Falcone n. 80  
90040 Isola delle Femmine

All'ASP – PALERMO  
U.O.C. Integrazione Socio-Sanitaria  
Via La Loggia n. 5  
90129 Palermo

l sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico fisso \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

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

Nella qualità di :

familiare (specificare il rapporto di parentela rispetto al disabile) \_\_\_\_\_ ,

ovvero:  tutore /  amministratore di sostegno /  curatore  
(in questi casi allegare copia del decreto di nomina)

Di (indicare le generalità del disabile) Cognome e nome \_\_\_\_\_

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

Affetto da (indicare la patologia) \_\_\_\_\_

A) Già soggetto valutato e riconosciuto dall'ASP bisognoso di assistenza h24  
oppure

B) Soggetto in possesso dei requisiti di cui all'art. 3 del Decreto del Ministro del Lavoro del  
26/9/2016 pubblicato sulla G.U.R.I., serie generale, n. 280 del 30/11/2016

(barrare l'opzione interessata)

**CHIEDE**

L'accesso ai benefici per i disabili gravissimi di cui alla legge regionale n. 4 dell'1 marzo 2017  
e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017.

A tal fine dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico trasmesso dalla Regione con  
nota n. 17402 del 12/05/2017, dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016, e del D.P. 545 del 10  
maggio 2017.e ed allega la seguente documentazione :

- ❖ Certificazione medica utile ad individuare una delle situazioni previste dall'art. 3 del  
DM 26 settembre 2016;

- ❖ **Patto di Cura debitamente compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto ed accompagnato da fotocopia del documento d'identità in corso di validità.**

**Luogo e data**

**Firma**

---

**CONSENSO AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 n. 196  
“CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”**

**Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 ed in relazione ai dati personali, che formeranno oggetto di trattamento, si comunica che IL TRATTAMENTO DEI DATI E' INDISPENSABILE AI FINI DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO.**

**Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_**

**Acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.**

**Luogo e data**

**Firma**