

**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
