



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4  
AMBITO TERRITORIALE CASTELTERMINI - SAN GIOVANNI GEMINI - CAMMARATA**

**AL COMUNE DI \_\_\_\_\_  
UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Telefono n. \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

*Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000*

In qualità di:

- Genitore  
 Tutore  
 Familiare

**DI**

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Telefono n. \_\_\_\_\_

Affetto da disabilità grave ai sensi della L.104/1992 art. 3 comma 3.

beneficiario di:

- Invalidità civile;  
 Indennità di accompagnamento;  
 Altro

Servizi fruiti \_\_\_\_\_ (disabilità gravissima- Home Care Premium);

**CHIEDE**

Di volere accedere all'erogazione del beneficio per i disabili gravi per ricevere:

- Assistenza diretta  
 Assistenza indiretta

**Allega alla presente :**

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;
- Certificazione ISEE in corso di validità pari a € \_\_\_\_\_;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e del disabile grave).

\_\_\_\_\_  
Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.  
\_\_\_\_\_