

Ai Servizi Sociali del Comune di _____

Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

e residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____

CAP _____ Prov. _____ telefono _____

In qualità di:

richiedente

genitore

altro familiare.(specificare _____)

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome _____

nato a _____ il _____ e residente in _____

via/piazza _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____

telefono _____ affetto da disabilità gravissima e che necessita di

un'assistenza continua H24 .

CHIEDE

La formulazione di un **Progetto assistenziale individualizzato**, per accedere ai finanziamenti del F.N.A. 2014 come previsto dalle Linee guida emanate dall'Assessorato Regionale con nota prot. 14404 del 04 maggio 2015 .

Allega alla presente istanza:

- 1) fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) Certificato attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;

Dichiara di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale, è autorizzata ad effettuare idonei controlli, attraverso gli organi competenti, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dal sottoscritto.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs 30 giugno 2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA