

Al Comune di Maracalagonis  
Settore Politiche Sociali

**OGGETTO: RICHIESTA DI INTERVENTO AI SENSI DELL'ART. 10 L.R. 20 1997, N. 20, COME MODIFICATA DALL'ART. 33 L.R. 2/2007 - NUOVA ISTANZA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
nella Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- ☐ per sé medesimo
- ☐ in qualità di \_\_\_\_\_ (Genitore/Amministratore di sostegno/Tutore) per:  
nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
residente in questo Comune nella via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

l'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della **L.R. 20/1997** come modificato dall'art. 33 della L.R. 2/2007.

Ai fini dell'accredito si chiede che il sussidio sia erogato sul seguente conto bancario/postale:

**CODICE IBAN:** \_\_\_\_\_

**PRESSO BANCA/POSTA:** \_\_\_\_\_

**INTESTATO A:** \_\_\_\_\_

Si allegano i seguenti documenti:

- ☐ dichiarazione sostitutiva redditi
- ☐ copia documento d'identità in corso di validità (sia del beneficiario che del richiedente se diverso)
- ☐ copia tessera sanitaria
- ☐ copia Decreto di nomina Tutore, Curatore o Amm.re di sostegno (*nei casi previsti*)
- ☐ copia Codice Iban
- ☐ altro \_\_\_\_\_

Maracalagonis, \_\_\_\_\_

Firma

**Parte riservata alla A.S.L.**

A.S.L. n. \_\_\_\_\_ Unità Operativa \_\_\_\_\_

Si attesta che \_\_\_\_\_ è in carico a questa  
Unità Operativa dal \_\_\_\_\_ per infermità compresa nell'allegato "A" della L.R. 15/92, come  
integrato dall'art. 16 della L.R. 20/97, in grado di costituire motivo di perdita di capacità occupazionali e/o  
dell'autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana

Unità Operativa (Timbro e Firma)