

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)