

Riservato all'Ufficio Protocollo:

Allegato 1

Al Comune di Maracalagonis  
Settore Politiche Sociali

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

## **RINNOVO PER L'ANNO 2026**

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

*(indicare i dati della persona per la quale si presenta l'istanza, se diversa dal richiedente)*

l'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della **L.R. 20/1997** 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 Decreto di nomina Tutore, Curatore o Amm.re di sostegno *(nei casi previsti e se variato rispetto all'anno precedente)*
- ☐ copia Codice Iban *(se variato rispetto all'anno precedente)*
- ☐ altro \_\_\_\_\_

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

Firma

\_\_\_\_\_