

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il/La sottoscritt _____ nella qualità di _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non rispondente al vero, ai sensi del D.P.R 28/12/200 n. 445, dichiara di essere:

nat a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____ n. _____

codice fiscale _____ Tel. _____

cell _____ e mail _____

Codice Iban _____

CHIEDE

di poter accedere al beneficio economico di cui all'Azione n. 2 del Piano di Zona 2019/2020- L. 328/200 a titolo di rimborso delle spese sostenute per servizi socio assistenziali già usufruiti dal soggetto disabile grave, nell'annualità 2022.

In favore di _____ nato a _____

il _____ residente a _____

in via _____ n. _____ codice fiscale _____

disabile grave in possesso della certificazione ai sensi dell'art.3 comma 3, L.104/92.

A tal fine si allega all'istanza:

- certificazione sanitaria, ai sensi art.3 comma 3 della legge 104/92;
- copia della carta di identità e del codice fiscale del disabile grave che beneficerà dell'intervento e copia della carta di identità e del codice fiscale del richiedente;
- certificazione ISEE in corso di validità;
- copia decreto di nomina di Amministratore di Sostegno (nel caso di disabili adulti);
- ricevute delle spese effettuate durante l'annualità 2022, come da Avviso.

Data _____

Il Richiedente
