

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 _____

CHIEDE

di poter accedere ai benefici di cui al Decreto Assessoriale n. 2727 emesso in data 16/10/2017 dall'Ass.to Reg.le
della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro come di seguito riportati:

- Percorsi programmati di accompagnamento all'autonomia attraverso interventi domiciliari ed
extradomiciliari finalizzati all'emancipazione dal contesto familiare, mediante il supporto di Educatori
Professionali.

In favore di _____ nato a _____

il _____ residente a _____

in via _____ n. _____ disabile grave maggiorenne 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 del
richiedente;
- dichiarazione DSU e certificazione ISEE in corso di validità;

Data _____

Il Richiedente
