

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**

\_\_\_\_\_