

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Telefono n.-

\_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

DICHIARA

In qualità di:

- Genitore
- Tutore
- Familiare

Che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente per il vincolo di parentela il/la

Sig. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Affetto da disabilità grave ai sensi della L.104/1992 art. 3 comma 3

CHIEDE

Di volere accedere all'erogazione del beneficio per i disabili gravi per ricevere:

- Assistenza diretta
- Assistenza indiretta

Allega alla presente :

Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;

Certificazione ISEE in corso di validità;

Copia documento di riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e del disabile grave).

\_\_\_\_\_