

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il/La sottoscritt _____, nella qualità di _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in casi di dichiarazione falsa o non
rispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n.445, dichiara di essere:

nat ___ a _____ il _____, di essere residente a _____

in via _____ n. _____, CF: _____

tel. _____, email _____

Codice IBAN _____

CHIEDE

di potere accedere al beneficio economico di cui all'Azione n.2 del Piano di Zona 2020, a titolo di
rimborso delle spese sostenute per servizi socio-assistenziali usufruiti dal soggetto disabile grave,
durante l'anno 2024,

in favore di _____, nato a _____

il _____, residente a _____

in via _____ n. _____, CF: _____

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

A tal fine si allega all'istanza:

- certificazione sanitaria, ai sensi dell'art.3, comma 3 della L.104/92;
- copia della carta d'identità e del codice fiscale del disabile grave che beneficerà dell'intervento e del richiedente;
- certificazione ISEE in corso di validità;
- copia decreto di nomina di Amministratore di Sostegno (in caso di disabili adulti);
- ricevute e/o fatture, presenze ai centri di riabilitazione attestanti le spese effettuate.

Data _____

Il Richiedente

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003 e s.m.i, nonchè
alle Amministrazioni competenti per la verifica delle autocertificazioni.

FIRMA
