

Al Comune di _____

Oggetto: F.N.A. 2014-2015 - Attuazione dei piani personalizzati per minori disabili (art. 91 l. r. n. 11/2010)- acquisizione fabbisogno assistenziale per minori disabili. Richiesta servizio di assistenza domiciliare per minori disabili.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____ in via/piazza _____

n. _____ telefono _____, cellulare _____

in qualità di (es: genitore, tutore, affidatario, etc.) _____ presa visione e accettazione di quanto

contenuto nell'Avviso Pubblico del _____

M A N I F E S T A L ' I N T E R E S S E

per il servizio assistenza domiciliare per minori disabili, da realizzarsi con le risorse a valere sul FNA 2014-2015 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, in favore del minore:

_____.

D I C H I A R A

Ai sensi del D.P.R. 445/2000 che il proprio nucleo familiare è così composto:

	COMPONENTE	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA CON IL MINORE
1			
2			
3			
4			
5			

- Che il minore è affidato allo/a scrivente _____;
- che il minore fruisce dei seguenti interventi socio-assistenziali o sanitari per minori disabili:

Interventi socio assistenziali o sanitari	Ente presso il quale svolge l'intervento

Inoltre, autorizza il Distretto all'uso dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. 196/03, che verranno utilizzati esclusivamente alle finalità di cui alla presente istanza.

Allega alla presente istanza:

- ❖ **Fotocopia del documento di riconoscimento valido del familiare che rende la presente autocertificazione.**
- ❖ **Certificazione rilasciata dalla Commissione Invalidi Civili, attestante il grado di disabilità ai sensi della legge 104/92.**

Data

FIRMA
